

所得区分申告書

被保険者証 記号・番号	記号	福医	番号		組合員氏名
医療機関所在地	〒				
医療機関名称					
(フリガナ) 対象被保険者 氏名				生年月日	性別

対象被保険者 様の世帯に属するすべての被保険者（※）の基準所得額（旧ただし書所得）の合計はいくらですか。該当する区分に○をつけ、説明に従って添付書類をご提出ください。

所得区分	所得要件	
ア	901万円超	➡ 2に○を付けて下さい。
イ	600万円超901万円以下	➡ 対象被保険者の世帯に属する全ての被保険者の 所得証明書(※1) を添付して下さい。
ウ	210万円超600万円以下	
エ	210万円以下	➡ 対象被保険者の世帯に属する全ての被保険者の 非課税証明書(※1①) を添付して下さい。 なお、後期高齢者組合員がいる世帯の場合は、下記の質問で該当するものに☑して下さい。 後期高齢者組合員の市町村民税が、
オ	市町村民税非課税	

課税されている
 非課税である
 ⇒後期高齢者組合員の**非課税証明書(※1①)**も添付して下さい。

2 判定基準により対象被保険者が属する世帯は、【所得区分：ア】旧ただし書所得901万円超と判断したので、所得証明の資料は提出しない。

上記のとおり申告します。

令和 年 月 日

組合員氏名 ㊟

福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿

- ※1 所得証明書は下記の書類のいずれかを提出ください。
- ① 「令和5年度住民税（非）課税証明書（所得が記載されているもの）」（役所（場）にて交付）
 - ② 「令和5年度市町村民税・県民税納税通知書のコピー（所得が記載されているもの）」
 - ③ 「令和5年度市町村民税・県民税特別徴収税額通知書のコピー（所得が記載されているもの）」