

所得区分申告書

被保険者証 記号・番号	記号	福医	番号	(フリガナ) 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70歳以上75歳未満の被保険者（※）の課税所得額は
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

所得区分	所得要件
現役並みⅡ	課税所得380万円以上 690万円未満
現役並みⅠ	課税所得145万円以上 380万円未満
非課税Ⅰ・Ⅱ	市町村民税が非課税

➡ 対象被保険者の世帯の70歳以上の被保険者で対象となる方が一人でもいる場合、**所得証明書(※1)**を添付して下さい。（後期高齢者組合員は含みません）

➡ 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。



後期高齢者が世帯内にいる場合は、後期高齢者の**所得証明**も添付して下さい。

※上記以外の所得区分（現役並みⅢ、一般の方は「高齢受給者証」で限度額適用認定証を兼ねられますので申請の必要はありません。）

上記のとおり申告します。

令和 年 月 日

組合員氏名

印

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）」