

所得区分申告書

被保険者証 記号・番号	記号	福医	番号	(フガナ) 組 合 員 名 氏 名		
医療機関住所	〒					
医療機関名称						
(フガナ) 対象被保険者 氏 名				生年月日	年 月 日	性別

下記の質問に該当するものに○をつけ、説明に従って添付書類をご提出ください。

1	<p>対象被保険者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）はいくらですか ※75歳以上の後期高齢者組合員は含まない</p> <p>ア. 600万円超……………上位所得者世帯 (2に○をつけて下さい。)</p> <p>イ. 600万円以下……………一般所得者世帯 (対象被保険者の世帯に属するすべての被保険者の所得証明書※1を添付して下さい。)</p>
2	<p>判定基準により対象被保険者が属する世帯は、上位所得者世帯と判断したので、所得証明等の資料は提出しない。</p>
<p>上記のとおり申告します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名 ㊟</p> <p>福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>	

※1 所得証明書は下記の書類のいずれかを提出ください。

- ・「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）
- ・「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）」
- ・「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）」