

# 所得区分申告書

被保険者証 記号・番号	記号	福医 03	番号	1234000	(フリガナ) 組合員氏名	コホ 知 国保 太郎
医療機関所在地	〒 812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号					
医療機関名称	国保クリニック					
(フリガナ) 対象被保険者 氏名	コホ 知 国保 太郎		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男

様の世帯に属するすべての被保険者（※）の課税所得額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	
現役並みⅡ	課税所得 380万円以上 690万円未満	→ 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。(後期高齢者組合員は含みません)
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ください。

※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。

所得区分

上記のとおり申告します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

組合員氏名

福岡 太郎

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 「平成30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 「平成30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 「平成30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）」