

年 月 日

様

年度分 後期高齢者医療保険料簡易申告書
岩手県後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日提出
この申告書は 年度後期高齢者医療保険料算定の基礎となります
様分の
年 月 日から 年 月 日までの1年間の収入

氏 名	(生年月日) 年 月 日生 ㊞	該当する場合は○で囲んでください	障害者・寡婦(夫)
		職業	
		電話	
住 所	(現在)	世帯主の氏名 及び続柄	(現在)
	(1月1日現在)		(1月1日現在)

① 所得金額等

所得の種類	㊱ 収入金額	㊲ 必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	㊳ 所得金額(㊱－㊲)	備 考
営 業	円	円	円	青・白
不 動 産	円	円	円	青・白
農 業	円	円	円	
専従者控除		円		※営業、不動産、農業の 必要経費の内数
給 与	円			事業所名または支払者名
専従者給与	円			※給与収入額の内数 青・白
公的年金	円			
譲 渡	円	円	円	※下記③欄に必要事項を 記入してください
その他	円	円	円	
	円	円	円	

② 控除対象配偶者・扶養親族等

障害者等、事業専従者の欄は、該当する場合に○を付してください。また、の欄は、上記 又は の欄に準じて算出してください。

氏 名	続柄	生年月日	障害者等	事業専従者	所得の種類	㊴ 所得額又は 給与等の収入額
			障・寡			
			障・寡			
			障・寡			
			障・寡			

③ 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○印を付してください)	左の資産を取得した年月日	譲渡した年月日	特 別 控 除 の 特 例 等
1 土地建物等			交換買換・収用・居住用財産
2 その他の資産			その他()

④ 所得がなかった方の記載欄

私は、つぎのような理由で 年 月 日より 年 月 日まで収入がありませんでした。

1 私は、つぎの者より仕送りを受けていた。(住所) (職業)
(氏名) (続柄) (仕送りされた金額) 円

2 私は、つぎの者の扶養親族であった。(住所)
(氏名) (続柄) (職業)

3 学生であった。(学校名) (学部) (学年) 年

4 傷病者の恩給、遺族の恩給(扶助料)を受給していた。(支給機関) (年間受給額) 円

5 その他(昨年の生活状況を詳しく記入してください。)

(回答、問い合わせ先)

住 所
電話番号