

収入等申告書

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者氏名 _____ (印)

収入等について次のとおり申告します。

1 世帯主名等

氏名	年齢	勤務先名称等

2 収入の状況等

(単位：円)

前 年 分	区分	収入の種類	㊤収入金額	㊦必要経費	㊧所得金額等 (㊤-㊦)	
	世帯主 (被保険者である世帯主含む)					
		計				
	被保険者					
		計				
	被保険者					
		計				

当 該 年 分	区分	収入の種類	㊤収入金額	㊦必要経費	㊧所得金額等 (㊤-㊦)	
	世帯主 (被保険者である世帯主含む)					
		計				
	被保険者					
		計				
	被保険者					
		計				

※1 記載事項の注意

- 収入の種類は、事業、不動産、給与、公的年金、遺族年金、障害年金等を記載すること。
- 給与、年金については必要経費を記載しないこと。

※2 添付書類について

- 収入金額を証明するもの (所得証明書等)
- 災害の程度を証明するもの (罹災証明書等)
- 保険金、損害賠償金等により補てんされるときは、補てんされるべき額を証明するもの (保険証書等)
- 刑事施設等に拘禁されていることを証明するもの (在監証明書等)