

国民健康保険の世帯主及び加入者全員の所得の記載が必要です。
 ※「加入者全員」とは、申請時点では国保に加入していなくても
 賦課期日時点で加入している方を含みます。

所得減少減免 個人別所得明細

記号番号 0123-4567

世帯主氏名 国保 黒松

氏 名	国保 黒松	国保 黒松	国保 黒松	
所得又は 収入の種類	給与・年金・営業 ・その他 ()	給与・年金・営業 ・その他 ()	給与・年金・営業 ・その他 (不動産)	給与・年金・営業 ・その他 ()
1 月	350,000	100,000	30,000	
2 月	350,000	100,000	30,000	
3 月	350,000	100,000	30,000	
4 月	0	100,000	30,000	
5 月	0	100,000	30,000	
6 月	0	100,000	30,000	
7 月	0	100,000	30,000	
8 月	0	100,000	30,000	
9 月	50,000	100,000	30,000	
10 月	50,000	100,000	30,000	
11 月	50,000	100,000	30,000	
12 月	50,000	100,000	30,000	
合計	2,250,000	1,200,000	360,000	

申請月以降の根拠資料が無い場合でも、見込額を必ず記入してください。

※給与・年金は収入金額を、それ以外は所得金額を記入してください

※記載した金額の根拠資料（源泉徴収票、給与明細、年金通知書、収支内訳書、確定申告書等）の写しや、離職や廃業している場合は、それがわかる書類（離職票、雇用保険受給資格者証、廃業届等）の写しを必ず添付してください。

無所得の場合及び無所得の月の生活資金等の聞き取り状況	・貯金 ・その他 ()	・親族等の援助
----------------------------	-----------------	---------

無所得の場合は必ず記入してください。