



決 裁	常務理事	課長	係長	係員

自己負担割合		交付年月日	
変更あり	2 割	令和 年 月 日	
変更無し			

----- 上記は記入しないで下さい -----

高齢者基準収入額適用申請書

被保険者証/記号-番号	組合員氏名	添付証明書
87- 1355-124	左官 一郎	・確定申告書の写し ・組合員と対象者のマイナンバー確認書類

調査対象被保険者氏名		左官 一郎			左官 花子					
個人番号		1234	5678	9012	0123	4501	2345			
生 年 月 日		S 23 年 1 月 1 日生			S24 年 2 月 1 日生			年 月 日生		
平成 30 年 中 の 収 入	公的年金収入	1,500,000 円			1,300,000 円			円		
	給与収入	0 円			0 円			円		
	給与、年金以外の 収入 (営業収入等)	5,500,000 円			0 円			円		
	合 計	7,000,000 円			1,300,000 円			円		

(注) ○市町村民税の課税の有無に関らず、同一世帯内の70歳以上の被保険者の方それぞれの収入額を
公的年金、給与、その他の収入に分けてご記入ください。
○収入は全て記入してください。

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合
理事長 殿

上記のとおり、関係書類を添えて負担区分判定に係る収入額を申請します。

令和 1 年 7 月 20 日
組合員氏名 左官 一郎
個人番号 1234 | 5678 | 9012