

様式

収入状況等申告書(減免用)

年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

世帯内の被保険者及び主たる生計維持者の収入は、下記のとおり相違ないことを申告します。

また、下記の申告内容について確認が必要な場合には、税務部局、金融機関その他関係機関に照会をすることに同意します。

申請者氏名	印
被保険者氏名	
被保険者番号	

被保険者及び主たる生計維持者の令和2年度の収入状況等(1月～12月迄の見込み)

氏名	続柄	年齢	職業または勤務先等	収入の種類	収入金額	所得金額

※全ての収入額を記載して下さい(雇用保険法に基づく給付額、遺族年金、恩給、障害手当金、共済金等も含みます)。

被保険者及び主たる生計維持者の令和元年度の収入状況等(1月～12月の実績)

氏名	続柄	年齢	職業または勤務先等	収入の種類	収入金額	所得金額

※全ての収入額を記載して下さい(雇用保険法に基づく給付額、遺族年金、恩給、障害手当金、共済金等も含みます)。

