

年 月 日

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様 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。

年 1 月 1 日から 年 1 2 月 3 1 日までの1年間の収入

氏名	(生年月日) 年 月 日	職 業	
		電 話	
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)		

① 所得金額等

所得の種類	㊶収入金額	㊷必要経費 (専従者給与額・ 控除額を含む)	㊸所得金額(㊶-㊷)	備 考
営 業	円	円	円	
不 動 産	円	円	円	
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			
専従者給与	円			※給与収入額 の内数
年 金	円			※遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く
譲 渡	円	円	円	※下記㊹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 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 2 その他の資産			交換買換・収用・ 居住用財産 その他 ()

(回答、問合せ先)

〒
住 所
電話番号