

様

現住所			
氏名	(印)		
生年月日	年	月	日
電話番号			

(自署の場合は押印不要)

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長
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等の基礎となります。
様分の
年 1 月 1 日から 年 1 2 月 3 1 日までの 1 年間の収入

年 1 年間に年金等の収入がありましたか?	ある→①へ (非課税年金の場合は③へ)
	ない→④へ

① 所得金額等

所得の種類	㉑ 収入金額	㉒ 必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	㉓ 所得金額(㉑-㉒)	備考
営業等	円	円	円	
農業	円	円	円	
不動産	円	円	円	
専従者控除		円		営業等、農業、不動産の必要経費の内数
給与	円	※		特定支出額がある場合は必要経費に記入
専従者給与	円			給与収入金額の内数(再掲)
年金	円		※	非課税年金の場合は下記③欄に記入してください。
譲渡	円	円	円	下記②欄に必要事項を記入してください。
その他	円	円	円	
	円	円	円	
合計所得金額*		円	所得金額調整控除額*	円

※ 令和 2 年以前は記入不要です。

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			交換買換・収用・居住用財産 その他 ()
2 その他の資産			

③ 非課税年金等 (該当する非課税年金の種類を○で囲ってください。)

非課税年金の種類	収入金額
障害年金・遺族年金・傷病年金・各種扶助料・その他 ()	円

④ 収入のなかった場合は、下記の該当する項目等に記入してください。

<input type="checkbox"/> 求職中	<input type="checkbox"/> 扶養されていた	<input type="checkbox"/> 療養中	<input type="checkbox"/> その他 ()
------------------------------	----------------------------------	------------------------------	----------------------------------

(回答、お問い合わせ先)

市町村名
市町村住所
市町村電話番号