

収入状況申告書

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

被保険者本人及び生計維持者の収入等を下記のとおり申告します。記載内容と実際の状況に相違がある場合は、減免・徴収猶予を却下されても異議ありません。また、記載内容の確認のために必要な場合は、各種金融機関・関係官公署・被保険者本人及び生計維持者の各雇用主などに調査されることを承諾します。

①収入などの状況

氏 名					
生年月日		年 月 日		年 月 日	
続柄および年齢		被保険者本人から見た続柄： 歳		被保険者本人から見た続柄： 歳	
勤務先名					
生活状況		在宅 ・ 入所 ・ 入院		在宅 ・ 入所 ・ 入院	
前年の収入額		円		円	
今年の収入額（見込み）	①年 金	老 齢 年 金 ・ 遺 族 年 金 ・ 障 害 年 金 その他の年金（ ）		老 齢 年 金 ・ 障 害 年 金 ・ 遺 族 年 金 その他の年金（ ）	
		年額 円		年額 円	
	②その他	給 与 収 入 ・ 事 業 収 入 ・ 仕 送 り 雇用保険給付・休業補償・傷病手当 その他（ ）		給 与 収 入 ・ 事 業 収 入 ・ 仕 送 り 雇用保険給付・休業補償・傷病手当 その他（ ）	
		月～ 月	円	月～ 月	円
		月～ 月	円	月～ 月	円
		月～ 月	円	月～ 月	円

②資産の保有状況

預貯金	①金融機関名		
	②支店名	支店	支店
	③口座番号		
	④口座名義人		
	⑤残高	円	円
土 地	自己保有・借地 名義人：	自己保有・借地 名義人：	
	所在地：	所在地：	
建 物	持家・賃貸 名義人：	持家・賃貸 名義人：	
	所在地：	所在地：	
有価証券	種類： 円(枚数： 枚)	種類： 円(枚数： 枚)	