

受付	
身元確認	<input type="checkbox"/>
番号確認	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 様

様式第5号(第13条関係)

*

鳥取市長 様

年度国民健康保険料所得申告書

整理番号	記号番号		
対象者			
個人番号			
1. 給与の人 (年1月～12月までのパート収入を含む全収入です)			
	職業又は勤務先	年分収入金額	
2. 年金のある人 (年1月～12月までの年金収入です)			
	年金の種類 ※該当する項目を○で囲む	年分収入金額 ※2種類以上○で囲んだ方は、合計額を記入してください	
	障害年金・遺族年金・遺族恩給		
	国民年金・厚生年金・共済年金・普通恩給		
	その他の年金等 ()		
3. 営業その他の人 (年1月～12月までの所得額です)			
事業種目	収入金額 (ア)	必要経費 (イ)	年分所得金額 (ア) - (イ)
営業			
農業			
不動産			
その他 ()			
その他 ()			
4. 収入がなかった人 (該当する事項を○で囲む)			
扶養・失業・病気・生活保護・学生・貯金・仕送り その他 ()			

上記のとおり申告します。

年 月 日

電話番号 ()

住 所 _____

世帯主氏名 _____ 印

個人番号 _____