

平成 30 年 国 民 健 康 保 険 料 所 得 簡 易 申 告 書

|                                                                                                                        |             |                                                                               |                         |      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------|--|
| 整理番号                                                                                                                   | 1234567890  | 記号番号                                                                          | 123456                  | 個人番号 |  |
| 対 象 者<br>Your name                                                                                                     | 〇〇〇 〇〇〇     |                                                                               |                         |      |  |
| 1. 給与の人 (平成29年1月～12月までのパート収入を含む全収入です)<br>If you had income including your part time job during from Jan.to Dec.in 2017 |             |                                                                               |                         |      |  |
| 職業又は勤務先<br>Occupation or place                                                                                         |             | 平成29年分収入金額<br>Income amount in 2017                                           |                         |      |  |
| ex.)Teaching Assistant                                                                                                 |             | ex.)300,000円(yen)                                                             |                         |      |  |
|                                                                                                                        |             | ↑ 所得から税金を控除したあとの収入額を記入します<br>Please fill out your income after deducting tax. |                         |      |  |
| 2. 年金のある人 (平成29年1月～12月までの年金収入です)                                                                                       |             |                                                                               |                         |      |  |
| 年金の種類<br>※該当する項目を○で囲む                                                                                                  |             | 平成29年分収入金額<br>※2種類以上○で囲んだ人は、合計金額を記入して下さい                                      |                         |      |  |
| 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 (平成29年1月～12月までの所得額です)                                                                                       |             |                                                                               |                         |      |  |
| 事業種目                                                                                                                   | 収入金額<br>(ア) | 必要経費<br>(イ)                                                                   | 平成29年分所得金額<br>(ア) - (イ) |      |  |
| 営 業                                                                                                                    |             |                                                                               |                         |      |  |
| 農 業                                                                                                                    |             |                                                                               |                         |      |  |
| 不 動 産                                                                                                                  |             |                                                                               |                         |      |  |
| そ の 他<br>( )                                                                                                           |             |                                                                               |                         |      |  |
| そ の 他<br>( )                                                                                                           |             |                                                                               |                         |      |  |
| 4. 収入がなかった人 (該当する事項を○で囲む)<br>If you did not have any income (Please circle Students.)                                  |             |                                                                               |                         |      |  |
| 扶 養・失 業・病 気・生 活 保 護・学 生・貯 金・仕 送 り<br>Students                                                                          |             |                                                                               |                         |      |  |
| そ の 他 ( )                                                                                                              |             |                                                                               |                         |      |  |

上記のとおり申告します。  
I declare it as above.

Year Month Day  
平成 年 月 日  
Your cellphone number  
電話番号 ( )

Address  
住所 鳥取市

Your Name  
世帯主氏名

Your stamp or signature  
印