

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 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) If you had income including your part time job during from Jan.to Dec.in 2017					
職業又は勤務先 Occupation or place			平成29年分収入金額 Income amount in 2017		
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 ※該当する項目を○で囲む			平成29年分収入金額 ※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 (ア)	必要経費 (イ)	平成29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) If you did not have any income (Please circle Students.)					
扶 養・失 業・病 気・生 活 保 護・ <u>学 生</u> ・貯 金・仕 送 り 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