

所得に関する申告書 (平成令和 年分)

令和 年 月 日

建設連合国民健康保険組合 殿

被保険者証記号番号

組 合 員 氏 名 印

※自署の場合は押印省略可

電話(日中連絡先)

私及び私の世帯に属する被保険者の所得等の状況は、下記のとおりです。

氏 名	生年月日	年齢	続柄	所得の種類	所得金額	所得申告を要しない理由	備 考
	平成 令和 年 月 日	歳			円		
	平成 令和 年 月 日	歳			円		
	平成 令和 年 月 日	歳			円		
	平成 令和 年 月 日	歳			円		
	平成 令和 年 月 日	歳			円		
	平成 令和 年 月 日	歳			円		
	平成 令和 年 月 日	歳			円		

●この申告書は、16歳未満の者で、所得証明書の発行を受けられない被保険者について記入してください。