

組合記入欄	ランク	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	区分	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	適用年月・金額	年						月			円	

条件	総収入金額が5,000万円未満でかつ
	課税所得金額が2,000万円未満

令和5年度保険料減額申請書

令和 年 月 日

宮崎県医師国民健康保険組合理事長 様

医師会種別 A会員 ・ B会員

証記号番号 ー

組合員氏名 _____

令和5年度保険料算定に伴い、**令和3年分**の総収入金額及び課税所得金額を次のとおり証拠書類を添えて申請します。（別紙「記入方法」をご参照ください。）

1. 確定申告書Aによる申請

総収入金額		課税所得金額	
あ	円	い	円

2. 確定申告書Bによる申請

総収入金額		課税所得金額	
う	円	え	円

3. 分離課税による申請

申告書名	総収入金額		課税所得金額	
確定申告書B	う	円	/	
分離課税用	お	円		
合計	う+お	円	/	

4. 損失による申請

申告書名	総収入金額		課税所得金額	
確定申告書B	う	円	/	
損失申告用	き	円		
合計	う+き	円		

5. 給与所得のみの場合（源泉徴収票のみで確定申告をしなかった場合）

総収入金額		課税所得金額	
け	円	こ	円

6. 市町村発行の所得課税・非課税証明書による申請の場合

総所得金額		課税所得金額	
さ	円	し	円