

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8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

記号番号 _____

組合員氏名 _____

令和8年度保険料算定に伴い、**令和6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（第一表・第二表）による申請

総収入金額		課税所得金額	
あ	円	い	円

2. 分離課税（第一表・第二表・第三表）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	あ	円	/	
分離課税用	う	円		
合計	あ+う	円	/	

3. 損失（第一表・第二表・第四表）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	あ	円	/	
損失申告用	お	円		
合計	あ+お	円		

4. 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	
か	円	き	円

5. 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	
く	円	け	円