

年 月 日

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

岡山県後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日提出

この申告書は 年度後期高齢者医療保険料算定および負担区分（1か月の医療費の自己負担限度額等）の決定の基礎となります。

様分の
年1月1日から 年12月31日までの1年間の収入

氏 名	(生年月日) 年 月 日生	職 業	
		電 話	
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)		

①所得金額等

所得の種類	④収入金額	⑤必要経費	⑥所得金額 (④-⑤)	備 考
		(専従者給与額・控除額を含む)		
営 業	円	円	円	
不動産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
専従者控除		円		※営業、不動産、農業の必要経費の内数
給 与	円	※1		※特定支出額がある場合は必要経費に記入
専従者給与	円			※給与収入額の内数
年 金	円		※1	※遺族年金・障害年金等非課税年金を除く
譲 渡	円	円	円	※下記②欄に必要事項を記入してください
その他	円	円	円	
合計所得金額	※1 円		所得金額調整控除額	※1 円

※1：令和2年度以前は記入不要です。

②譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○印を付してください)	左の資産を取得した年月日	譲渡した年月日	特別控除の特例等
1 土地建物等			交換買換・収用・居住用財産
2 その他の資産			その他 ()

(回答、問い合わせ先)