

所得未申告者申出書

平成 年 月 日

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長様

自宅住所

氏 名

印

電 話

私の世帯に属する以下の者は、所得の申告義務（年間所得125万円以下）を課せられていないことを証明します。

氏 名	年 齢	性 別	年 収	理 由
フリカナ		男	有 (円)	1 配偶者
		女	無	2 学 生
				3 未成年者（乳幼児含む）
				4 その他()
フリカナ		男	有 (円)	1 配偶者
		女	無	2 学 生
				3 未成年者（乳幼児含む）
				4 その他()
フリカナ		男	有 (円)	1 配偶者
		女	無	2 学 生
				3 未成年者（乳幼児含む）
				4 その他()
フリカナ		男	有 (円)	1 配偶者
		女	無	2 学 生
				3 未成年者（乳幼児含む）
				4 その他()

※ 不明な点がございましたら、国保組合事務局までお問い合わせ下さい。

☎048-658-5260