

所得未申告者申出書

令和 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
フリガナ -----		男 女	有 () 無	1 配偶者 2 学 生 3 未成年者 (乳幼児含む) 4 その他 ()
フリガナ -----		男 女	有 () 無	1 配偶者 2 学 生 3 未成年者 (乳幼児含む) 4 その他 ()
フリガナ -----		男 女	有 () 無	1 配偶者 2 学 生 3 未成年者 (乳幼児含む) 4 その他 ()
フリガナ -----		男 女	有 () 無	1 配偶者 2 学 生 3 未成年者 (乳幼児含む) 4 その他 ()
フリガナ -----		男 女	有 () 無	1 配偶者 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。

☎048-827-0081