

収入（無収入）申告書

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申告者の住所

申告者の氏名

私の世帯に係る全ての収入について、次のとおり申告します。

この申告書及び添付書類の記載内容は、事実と相違ありません。

1 稼 動 収 入	稼動者の氏名	収入の種類・ 職種又は勤務先	当月分の 見込額	前 3 か 月 分		
				年 月分	年 月分	年 月分
2 無 収 入	無収入者の氏名	働いていない理由		収入の内容等 1 稼動収入 給与、賃金、事業収入、内職等の収入で稼動することにより得る収入 2 無収入者 15歳以上の者で収入がない者 3 年金等収入 厚生年金、国民年金、共済年金、恩給、児童扶養手当、児童手当、雇用保険金、福祉年金、傷病手当金、労災給付金、生命保険入院給付金等 4 仕送り等収入 仕送り金、療育費、贈与等の金銭 5 財産収入 家賃、間貸代、地代、使用料、物品及び有価証券等売却収入、生命保険金及び損害保険金等（保険の解約返戻金を含む。）		
3 年 金 等 収 入	年金受給者の氏名	年金等の種類	受給額			
4 仕 送 り 等 収 入	仕送り者の氏名	申告者との関係	仕送り金額			
5 財 産 収 入	財産所有者の氏名	収入の種類	財産収入額			

