

1 <<記入見本/SAMPLE>> 千葉市用/For Chiba City 千葉市国民健康保険料用所得申告書

(あて先) 千葉市

◆赤字表記欄のみ記入してください/Please fill in the parts written in red.

次のとおり所得を申告します。なお、千葉市国民健康保険加入期間中は、下記の者の所得について税の所得申告書等により確認することに同意いたします。

記入日/Date of entry  
 令和  年  月  日  
 Year Month Date

記号・番号 (記号) (番号)  
 あなたの日本の住所/Your address in Japan  
 住 所 千葉市◇◇◇区○○○ △丁目□番○号 建物名 部屋番号 or Room number Building name △-□-○ ○○○ ◇◇◇, Chiba city

|  |  |   |         |                    |  |                    |         |
|--|--|---|---------|--------------------|--|--------------------|---------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br><br>(<br>国<br>民<br>健<br>康<br>保<br>険<br>に<br>加<br>入<br>し<br>て<br>い<br>な<br>い) | 氏名(生年月日)   | TURNER ELIZABETH (1998年12月31日生)   |         |                    | 生年月日を記入/Your Birth Day (年year 月Month 日Day)   |                    |         |
|  | 申告期間   | <input checked="" type="radio"/> 年1月~12月  | 年1月~12月 | 年1月~12月            | 年1月~12月  | 年1月~12月            | 年1月~12月 |
|  | 申告の有無  | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無   | 有・無     | 有・無                | 有・無  | 有・無                | 有・無     |
|  | 一般給与収入   | 円   | 円       | 円                  | 円  | 円                  | 円       |
|  | 専従者給与収入  | 円   | 円       | 円                  | 円  | 円                  | 円       |
|  | <<名前記入時の注意/Notes when filling in the name>><br>在留カード通りに記入 姓名の順正確に<br>アルファベット 大文字ブロック体 漢字NG<br>Fill in exactly same order in Capital letters as your<br>Residence Card. |   |         | 年齢・遺族・障<br>老齢・遺族・障 | 老齢・遺族・障<br>老齢・遺族・障   | 老齢・遺族・障<br>老齢・遺族・障 |         |
|  | (所得)   | 円   | 円       | 円                  | 円  | 円                  | 円       |
|  | (所得)   | 円   | 円       | 円                  | 円  | 円                  | 円       |
|  | (所得)   | 円   | 円       | 円                  | 円  | 円                  | 円       |
|  | 収入のない理由及び生計維持関係  | 1. 預貯金で生活 2. 退職金で生活 3. 失業保険で生活<br>4. ( ) に扶養されている <input checked="" type="radio"/> 5. 学生にて親からの援助<br>6. ( ) からの仕送り 7. 病気療養中 8. 生活保護による生活<br>扶助 |         |                    | 1. 預貯金で生活 2. 退職金で生活 3. 失業保険で生活<br>4. ( ) に扶養されている 5. 学生にて親からの援助<br>6. ( ) からの仕送り 7. 病気療養中 8. 生活保護による生活<br>扶助 |                    |         |
| <input checked="" type="radio"/> 年1月1日住所地  | U.S.A 来日前の居住地国を記入/Write your country name lived coming to Japan  |   |         |                    |  |                    |         |
| 年1月1日住所地   | 右上に記入の記入日と同じ年を記入/Enter the same year as the date of entry in the upper right corner of the form.   |   |         |                    |  |                    |         |
| 年1月1日住所地   |  |   |         |                    |  |                    |         |

(注) 「1月1日時点住所地」は、上記の「住所」と同じときは、記入は不要です。

|             |    |  |  |               |   |
|-------------|----|--|--|---------------|---|
| 申<br>告<br>者 | 氏名 | TURNER ELIZABETH   |  | 世帯主との関係       | ( <input checked="" type="radio"/> 本人 or <input type="radio"/> ほんにん ) |
|             | 住所 | <input type="checkbox"/> 被保険者と同居 (記入不要)<br><input type="checkbox"/> 被保険者と別居 (右に記入) → |  | 平日、日中の連絡先電話番号 | 043 - 290 - 2195  |
|             |    |  |  | 電子メールアドレス     | ISDの電話番号を記入<br>Fill in the number of ISD (International Support Desk) |

\* 収入のない場合は、その理由又は生計維持関係を必ず記入してください。