高 額 療 養 費 所 得 申 告 書

東京土建国民健康保険組合　理事長　殿

＊太枠内に記入して下さい。

申 告 日（記 入 日）	年　　月　　日
被保険者証 記号・番号	（記号）９１　－　　（番号）
組　合　員　氏　名	㊞

私の世帯に属する被保険者（組合員を除く）の平成１７年中の所得については以下のとおり申告します。

《 保険証に記載されている家族（組合員を除く） 》

＊太枠内に記入してください。なお、所得金額がない場合も０円と記入して下さい。

氏　　名	該 当 す る 項 目 に ○ を し て 下 さ い	所得金額を記入
	１．配偶者　　２．乳幼児 ３．学生（学校名　　学年　　年） ４．その他（　　）	円
	１．配偶者　　２．乳幼児 ３．学生（学校名　　学年　　年） ４．その他（　　）	円
	１．配偶者　　２．乳幼児 ３．学生（学校名　　学年　　年） ４．その他（　　）	円
	１．配偶者　　２．乳幼児 ３．学生（学校名　　学年　　年） ４．その他（　　）	円
	１．配偶者　　２．乳幼児 ３．学生（学校名　　学年　　年） ４．その他（　　）	円

※配偶者控除や扶養控除の対象となっていない家族の方は所得証明書類を提出してください。

★所得証明書類を提出しない場合★

所得証明書類を提出しない場合は、下欄に提出しない理由を記入して下さい。

（例：世帯の所得金額により上位所得者となるため書類提出はしません、等）

＊ 書類提出がない場合、所得区分は「上位」となります。「上位」となったために高額療養費に該当しない場合がありますので、申請書の注意をよく確認のうえ、ご記入下さい。

書類提出をしない理由