**国民健康保険税試算依頼書**

ﾁｪｯｸ欄

受　付　印

**※職員記入欄**本庁回送日：令和　　　年　　　月　　　日

世帯番号

試算希望事由　　新規取得　　／　　任意継続比較　　／　　前年度継続

試算結果　　令和　　　年　　　月　　　日　　　回答済　　／　　後日郵送

窓口対応者氏名　本庁・　　　　　支所　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 今回試算する国民健康保険税額は、下記の試算条件のとおり計算した結果であり、あくまでも**「目安」となる試算額**です。正式な国民健康保険税額は、毎年７月（随時は届出の翌月）に納税通知書をもって決定するものであり、試算時点との資格・所得の更正、税法の改正等により、**試算額と異なる場合があります**。  上記の点について確認・了承した上で下記の試算条件のとおり、国民健康保険税の試算を依頼します。  **令和　　　年　　　月　　　日**依頼者氏名 | | | | | | | | |
| 依頼者生年月日 | | 明・大・昭・平　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | 連絡先  電話番号 |  | |
| 依頼者住所 | | 奥州市 | | | | | | |
| **試　　算　　条　　件　(現在加入の方及び試算該当の方の内容を全て記入願います)** | | | | | | | | |
| 試算する年度 | | 年度 | 世帯主が国民健康保険に（　加入　・　未加入　）の場合で試算 | | | | | |
|  | | 世帯主（必須） | | 世帯員① | 世帯員② | | | 世帯員③ |
| 氏　　名 | |  | |  |  | | |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭・平  　　　．　　． | | 昭・平・令  　　　．　　． | 昭・平・令  　　　．　　． | | | 昭・平・令  　　　．　　． |
| 加入期間 | 通年 | １年間の場合は○印を記入 | | １年間の場合は○印を記入 | １年間の場合は○印を記入 | | | １年間の場合は○印を記入 |
| 始期 | ．　　． | | ．　　． | ．　　． | | | ．　　． |
| 終期 | ．　　． | | ．　　． | ．　　． | | | ．　　． |
| 失業軽減 | 該当・非該当 | | 該当・非該当 | 該当・非該当 | | | 該当・非該当 |
| 試　算　す　る　所　得 | 前年所得と同額で試算 | 希望する場合は○印を記入 | | 希望する場合は○印を記入 | 希望する場合は○印を記入 | | | 希望する場合は○印を記入 |
| 給与収入 | 円 | | 円 | 円 | | | 円 |
| 年金収入 | 円 | | 円 | 円 | | | 円 |
| その他  所　得 | 円 | | 円 | 円 | | | 円 |
| 右の資料  で試算 | ・確定申告書（写）  ・源泉徴収票（写）  ・市の課税資料 | | ・確定申告書（写）  ・源泉徴収票（写）  ・市の課税資料 | ・確定申告書（写）  ・源泉徴収票（写）  ・市の課税資料 | | | ・確定申告書（写）  ・源泉徴収票（写）  ・市の課税資料 |