**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 |