**国民健康保険税試算依頼書**

**⑨**

**⑧**

記載例

ﾁｪｯｸ欄

受　付　印

**※職員記入欄**本庁回送日：令和　７年　　２月　　１７日

世帯番号　　９９９９９９

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　　〇〇　〇〇

**⑩**

**⑤**

**④**

**②**

受付印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。  **①**  **令和　７　年　２　月　１7日**依頼者氏名　　　　奥　州　太　郎 | | | | | | | | |
| 依頼者生年月日 | | 明・大・昭・平　　　３２　年　１２　月　３１　日 | | | | 連絡先  **③**  電話番号 | ０１９７－２４－２１１１ | |
| 依頼者住所 | | 奥州市　水沢大手町１丁目１番地 | | | | | | |
| **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)**  **⑥** | | | | | | | | |
| 試算する年度 | | Ｒ７　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  **⑦** | | 同　　上 | | 奥州　花子 | 奥州　市郎 | | |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭・平  　　　．　　． | | 昭・平・令  　３４．　４．　２ | 昭・平・令  　　２．　５．　５ | | | 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 | ．　　． | | ．　　． | ７．　４．　１ | | | ．　　． |
| 終期 | ．　　． | | ．　　． | ７．　６．３０ | | | ．　　． |
| 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 | | １，２００，０００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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記載欄名  **記載要領** | | 記載すべき事項 |
| ①署名欄 | | 確認事項をご確認いただき、「署名」欄に依頼者の署名をしてください。 |
| ②依頼者生年月日 | | 試算を依頼される方の生年月日を記載してください。 |
| ③連絡先電話番号 | | 記載内容に不備等がある場合に、連絡をする場合がありますので、日中電話連絡できる電話番号を記載してください。 |
| ④依頼者住所 | | 試算を依頼される方の住所を記載してください。（回答書類の送付先が異なる場合には、余白等に、送付先住所を記載してください。） |
| 試算条件 | |  |
|  | ⑤試算する年度 | 試算は、年度（４月から翌年３月まで）単位となります。試算を希望される年度を記載してください。  ※申告相談時期等、年度末に依頼される場合には、年度の記載についてご留意ください。 |
|  | ⑥世帯主の国民健康保険の加入状況 | 世帯主の国民健康保険の加入状況について記載してください。  ※試算する期間内に、世帯主が他の社会保険、後期高齢者医療保険等に加入している場合には、「未加入」を選択します。 |
|  | ⑦氏名 | 国民健康保険に既に加入されている方又は加入予定の方の氏名、生年月日を全員分、記載してください。  ※世帯主が、国民健康保険に加入していない場合にも、世帯主氏名、生年月日を記載してください。 |
|  | ⑧生年月日 |
|  | ⑨加入期間 | 加入期間が通年（１年間）の場合には、通年欄に○印を記載してください。  年度途中での加入及び喪失の場合は、加入予定日を「始」欄に、喪失予定日を「終」欄に記載してください。  （注）４月30日に退職された場合は、「始」は５月１日となります。  （注）６月１日に就職された場合は、「終」は５月31日となります。  ※世帯主が、国民健康保険に加入していない場合には、期間の記載は不要です。  【失業軽減の該当・非該当について】  「雇用保険受給資格者証」に記載された離職理由（離職理由コードが「11・12・21・22・23・31・32・33・34」に該当する場合）によっては、申請により国民健康保険税の減免を受けることができます。要件に該当するかどうかはお問い合わせください。 |
|  |
|  | ⑩所得 | 【●年同額で試算】  指定する年度と同じ所得金額で試算する場合には、「前年所得と同額で試算」欄に○印を記載してください。  【給与収入】  給与収入額を記載してください。この場合、給与所得金額でないことに留意します。  【年金収入】  公的年金等の収入額を記載してください。この場合、雑（公的年金等）所得金額でないことに留意します。  【その他所得】  給与所得、雑所得（公的年金等）以外の所得額を記載してください。  【添付書類で試算】  確定申告書（写）や源泉徴収票（写）などの添付書類で試算する場合には、持参した資料名を記載し、資料を添付してください。この場合、「前年同額で試算」から「その他所得」で試算までの記載は不要です。  ※世帯主が、国民健康保険に加入していない場合にも、所得欄は必ず記載してください。記載がない場合、「軽減判定」を正しく行うことができません。 |