

記入日

印字されている対象者分ご記入ください。

大阪府後期高齢者医療広域連合長
(公 印 省 略)令和 8 年度後期高齢者医療保険料の賦課及び減額判定等に必要ですので、下記の申告書に
必要事項を記入して提出して下さい。

年 月 日

令和 8 年度分 後期高齢者医療簡易申告書

様分の

令和 7 年 1 月 1 日から令和 7 年 12 月 31 日までの 1 年間の収入

氏 名	豊中 太郎	職 業	
	(生年月日) 年 月 日生	電 話	
現 住 所	大阪府豊中市中桜塚3-1-1	(世帯主の氏名及び続柄) 豊中 一郎・父	

① 所得金額等

所得の種類	① 収入金額	② 必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	③ 所得金額(①-②)	備 考
営 業	円			
不 動 産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
専従者 控除		円		※営業、不動産、農業の 必要経費の内数
給 与	円	※1 円		※特定支出額がある場合 は必要経費に記入
専従者 給与	円			※給与収入額の内数
年 金	円		※1 円	※遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く
譲 渡	円	円	円	※下記②欄に必要事項を 記入してください
そ の 他	円	円	円	
	円	円	円	
合計所得金額 ※1	円		所得金額調整控除額 ※1	円

収入がない場合は 0 円とご記入ください。

該当する場合はご記入ください。

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○印を付してください)	左の資産を取得した年月日	譲渡した年月日	特 別 控 除 の 特 例 等
1 土地建物等 2 その他の資産			交換買換・収用・居住用財産 その他 ()

(回答、問い合わせ先)

豊中市健康医療部保険相談課

〒561-8501

住 所 大阪府豊中市中桜塚 3 丁目 1 番 1 号

電話番号 06-6858-2301