令和　　年　　月　　日

大阪府後期高齢者医療広域連合長

（公印省略）

　　令和７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ください。

令和　 年　 月　 日

令和７年度分　後期高齢者医療 簡易申告書

令和６年１月１日から令和６年12月31日までの１年間の収入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 職　業 |  |
| 電　話 |  |
| 現住所 |  | （世帯主の氏名及び続柄） | |

〇所得金額等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所得の種類 | | 収入金額 | 必要経費 | 所得金額 | 備考 |
| 営業 | | 円 | 円 | 円 |  |
| 不動産 | | 円 | 円 | 円 |  |
| 農業 | | 円 | 円 | 円 |  |
| 専従者控除 | |  | 円 |  |  |
| 給与 | | 円 | 円 | 円 |  |
| 専従者給与 | | 円 |  |  |  |
| 年金 | | 円 |  |  |  |
| その他 |  | 円 | 円 | 円 |  |
|  | 円 | 円 | 円 |  |
| 合計所得金額 | | 円 | 所得金額調整控除額 | |  |

（問い合わせ先）

　　門真市役所　健康保険課

　　〒571－8585

　　門真市中町１番１号

06-6902-5697