

〈記入例〉

令和7年の状況を  
申告してください

印字されている対象者様分をご記入ください。

記入日

○年 6月20日

令和8年度分 後期高齢者医療簡易申告

大阪 花子 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	大阪 花子 (生年月日) 昭和 23年 ○月○日生	職業	無職
現住所	枚方市●●●●●	電話	090-****-**** (世帯主の氏名及び続柄) 大阪 太郎・夫

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	0 円	円	円	該当する場合は記入してください
不動産	0 円	円	円	
農業	0 円	円	円	
専従者控除				※営業、不動産、農業の必要経費の内数
給与	0 円	円	円	※特定支出額がある場合は必要経費に記入
専従者給与	0 円			※給与収入額の内数
年金	0 円		円	※遺族年金・障害年金等非課税年金を除く
譲渡	0 円		円	※下記②欄に必要事項を記入してください
その他	0 円		円	
合計所得金額 ※1				

記入箇所

※無収入の場合、(A)列全てを0円で記入して提出してください

障害年金・遺族年金の場合は0円で記入してください(算定対象外のため)

該当する場合は記入してください

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			交換買換・取用・居住用財産
2 その他の資産			その他 ( )

※就労継続支援事業のサービスを利用して得た収入がある方

A型作業所: 「給与」の取り扱いのため、給与収入欄に記載ください。

B型作業所: その他雑所得収入となり、収入が65万円未満であれば、その他欄に「B型作業所 0円」と記入ください。

【提出先】 枚方市 保険年金課 資格係 (後期高齢者医療制度担当)

〒573-8666 枚方市大垣内町2丁目1番20号 電話 072-841-1221 (代表) FAX 072-841-3716