

(様式1号)

# 保険料調定変更申請書

支 部

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	全 歯	組 合 員 名 氏 名	

## 所得割保険料変更申請理由

年 度	令 和 年 度 分	
所 得 割 区 分	該当番号に○印をつけてください 1 保険診療者(医療法人に限る) 2 保険未扱者(医療法人を含む) 3 矯正標榜者(医療法人を含む)	
理 由	前年の医業収入額が6,000万円に満たないため (前年の医業収入額に1000分の6.5を乗じて得た額が390,000円に満たないため)	
必 要 書 類	法 人	法人以外
	●直近の事業年度分の確定申告書 (歯科医業以外の金額は目隠し可)  ●直近の決算報告書等、 医業収入額がわかる書類	●前年分の確定申告書B  ●前年分の所得税青色申告決算書 (一般用)付表《医師及び歯科医師用》 など医業収入額がわかる書類

令和 年 月 日

施行規則第4条第3項又は第4条の2 第2項の適用により、上記の書類を添えて申請します。

組合員 千  
住 所

氏 名

電話番号 (            -            -            )

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

注：所得割保険料変更の申請は、当該年度の6月末日までとする。なお、申請回数は、1回とする。

所 得 割 決 定 年 額 円	支 部 長	支 部 常 務	係	所 得 割 入 力



※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。