必　読　　見　　本

事　務　連　絡
令和　元　年　5　月

医師　太郎　様

神奈川県医師国民健康保険組合
TEL 045(231)2685

# 本年度医師国保保険料の決定並びに来年度第一種組合員の保険料算定等に必要な市町村民税の課税標準額調査について

平素は本組合業務につきまして、格別のご理解・ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
本年度の保険料については、同封(保険料決定通知書)のとおりになりますのでお知らせいたします。
つきましては、組合規約により毎年第一種組合員の保険料算定等に必要な市町村民税の課税標準額の調査をしておりますので、ご報告をお願いいたします。ご提出いただいた資料で確認ができない場合にはマイナンバーを用いた情報連携による情報照会をさせていただきます。
提出期限は**6月末日**までとなっておりますので、期限までにご提出をよろしくお願いいたします。

## 提出書類についてのお願い

ご提出の際には、必ず**課税標準額(課税される所得金額)とご本人確認ができる部分(氏名・住所・年度)**が記載されている頁をご送付いただきますようお願いいたします。

### 1．市町村民税課税標準額の提出方法(下記のいずれか一つの書類をご提出ください。)

記

(イ) **令和元年度 市町村民税・県民税 納税通知書**(令和元年6月通知分)をコピーしてご提出ください。
(2019年度)
(ロ) **令和元年度 市町村民税・県民税 特別徴収税額通知書【納税義務者用】**をコピーしてご提出ください。
(2019年度)
(ハ) **平成30年分 所得税の確定申告書【第一表】**(平成31年3月申告分)をコピーしてご提出ください。
(2018年分)　※課税される所得金額の欄に金額の記載がない場合(金額の記載がある場合は第一表のみ)
分離課税がある方は**分離課税用**の**【第三表】**も、損失申告された方は**損失申告用の【第四表】**も併せてご提出ください。

(ニ) **令和元年度 市町村民税・県民税 課税証明書**又は**非課税証明書**をご提出ください。
(2019年度)
※上記(イ)(ロ)(ハ)の書類がお手元にない場合、各証明書は平成31年1月1日現在の住所地のお役所でご申請の上お取りください。

### 2．提出期限　令和元年6月30日(必着)

◎ご提出いただいた資料等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

(切　取　線)

## 令和元年度　市町村民税・県民税課税標準額の調査(回報)

別紙の通り
☑(イ)令和 元年度 市県民税 納税通知書 コピー
☐(ロ)令和 元年度 市県民税 特別徴収税額通知書【納税義務者用】コピー
☐(ハ)平成30年分 所得税の 確定申告書【第一表・第三表・第四表】コピー
☐(ニ)令和 元年度 市県民税 課税・非課税証明書
を提出いたします。

令和　元　年　6　月　6　日

| 被保険者証記号番号 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31－ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

第一種組合員
(自宅)住所　横浜市中区富士見町３－１－４階
(ふりがな)氏名　イシ　タロウ　医師　太朗　(印)

Ⓐ　神奈川県医師国民健康保険組合理事長　殿

※ご提出書類に、**課税標準額・ご本人確認部分(氏名・住所・年度)**の記載があるか今一度ご確認をお願いいたします。