

# 「保険料控除申告書」記入上の留意点

(例 県民共済生き生き3000 一般生命保険料控除) (例 県民共済生き生き三大疾病特約 介護医療保険料控除)

令和●年 共済掛金払込証明書(生命保険料控除用)  
① (一般・介護医療用)

適用制度: ⑧ 新生命保険料控除 (注1)

⑤ ケンミン タロウ 様 平成 25 年 04 月 01 日 月 日 払込方法

共済番号 1 2 3 4 5 - 6 7 8	保険等種類 ③ 生命共済	保険期間 ④ 1 年
払込共済掛金額(a) 24,000 円	割戻金の金額(b) 11,748 円	証明額(a-b) 12,252 円

令和●年 08 月までのお払込額を上記のとおり証明します。(払込継続中・払込停止)

(ご参考)本年中に12月分までの共済掛金をお払込みいただいたときの申告額は次のとおりです。

年間払込共済掛金額(イ)	割戻金の金額(ロ)	申告額(イ-ロ) ⑨
36,000 円	11,748 円	24,252 円

(注1)平成22年度税制改正において生命保険料控除に関する改正が実施されました。新・旧どちらの制度が適用されるかを表示しておりますが、生命保険料控除の対象となります共済契約はすべて新制度の適用となります。

(注2)裏面の記載事項を必ずお読みください。

証明日 令和●年 08 月 31 日 ② 神奈川県民共済生活協同組合

令和●年 共済掛金払込証明書(生命保険料控除用)  
① (一般・介護医療用)

適用制度: 新生命保険料控除 (注1)

⑤ ケンミン タロウ 様 平成 25 年 04 月 01 日 月 日 払込方法

共済番号 1 2 3 4 5 - 6 7 9	保険等種類 ③ 生命共済	保険期間 ④ 1 年
払込共済掛金額(a) 8,800 円	割戻金の金額(b) 4,308 円	証明額(a-b) 4,492 円

令和●年 08 月までのお払込額を上記のとおり証明します。(払込継続中・払込停止)

(ご参考)本年中に12月分までの共済掛金をお払込みいただいたときの申告額は次のとおりです。

年間払込共済掛金額(イ)	割戻金の金額(ロ)	申告額(イ-ロ) ⑨
13,200 円	4,308 円	8,892 円

(注1)平成22年度税制改正において生命保険料控除に関する改正が実施されました。新・旧どちらの制度が適用されるかを表示しておりますが、生命保険料控除の対象となります共済契約はすべて新制度の適用となります。

(注2)裏面の記載事項を必ずお読みください。

証明日 令和●年 08 月 31 日 ② 神奈川県民共済生活協同組合

一般生命保険料の場合は  
こちらにご記入ください。

介護医療保険料の場合は  
こちらにご記入ください。

## 令和●年分 給与所得者の保険料控除申告書

記入例

所轄税務署長	給与の支払者の名称(氏名) ケンミン タロウ	フリガナ あなたの氏名 県民太郎
税務署長	給与の支払者の法人番号 あなたの住所又は居所 横浜市中区桜木町1-1-8-2	

保険会社等の名称 ②	保険等の種類 ③	保険期間又は契約期間 ④	保険等の契約者の氏名 ⑤	保険金等の受取人 氏名 ⑥	新・旧の区分 ⑧	あなたが本年中に支払った保険料等の金額(お払込みを受けた共済掛金等) ⑨(a)
① 神奈川県民共済	生命共済	1年	県民太郎	県民花子妻	新・旧	24,252 円
一般の生命保険料					新・旧	(a)
介護医療保険料					新・旧	(a)
(a)のうち新保険料等の金額の合計額 A						計(①+②) ③
(a)のうち旧保険料等の金額の合計額 B						④と⑤のいずれか大きい金額 ⑨(b)
① 神奈川県民共済	生命共済	1年	県民太郎	県民太郎 本人		8,892 円
(a)の金額の合計額 C						④

※上記の保険料控除申告書は令和5年度版を基に作成しております。

- ① 一般生命保険料・介護医療保険料  
「一般の生命保険料」または「介護医療保険料」の該当欄にそれぞれご記入ください。
- ② 保険会社等の名称  
「共済掛金払込証明書」②記載の「神奈川県民共済」とご記入ください。
- ③ 保険等の種類  
「共済掛金払込証明書」③記載の「生命共済」とご記入ください。
- ④ 保険期間  
「共済掛金払込証明書」④記載の「1年」とご記入ください。  
※共済期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までの1年間です。
- ⑤ 保険等の契約者の氏名  
「共済掛金払込証明書」⑤記載の「氏名」とご記入ください。  
※実際に共済掛金をお支払いされた方が控除の対象となります。
- ⑥ 保険金等の受取人(一般)  
「県民共済生き生き・かがやき制度」で個別の指定をしていない場合は被共済者の「配偶者→子→父母→孫→祖父母→兄弟姉妹→甥姪」の順位に該当する方となります。(新こども制度は親権者。成人している場合は契約者。)  
※上記以外の制度はご契約のしおりでご確認ください。
- ⑦ 保険金等の受取人(介護医療)  
被共済者本人となります。
- ⑧ 新・旧の区分(一般)  
「新」に○をしてください。
- ⑨ あなたが本年中に支払った保険料等の金額  
12月まで継続して加入される方は「共済掛金払込証明書」⑨記載の「申告額」とご記入ください。