

常務理事	事務長	担当者

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者証の記号		被保険者証の番号	
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)			
被 保 険 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日
高 齢 受 給 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日
	現 住 所	(〒 -)	
現在所持している高齢受給者証の発行年月日		令和	年 月 日

70歳以上の被保険者・被扶養者等の収入申告欄

		被保険者氏名		被扶養者氏名		その他同居する者の氏名	
		有・無	収入額	有・無	収入額	有・無	収入額
平 成 年 の 収 入	公的年金 (老齢基礎年金・老 齢厚生年金・退職共 済年金・老齢年金・ 退職年金等)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
	給与・賞与等 (パート収入含む)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
	その他の収入 ()	有・無	円	有・無	円	有・無	円
	個人小計		円		円		円
※後期高齢者医療制度の被保険者となったことで 被扶養者でなくなった方も含みます。				合 計			円

上記のとおり収入額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者基準収入額適用の申請をします。

(注1) 市町村民税の課税の有無に関わらず、70歳以上の被保険者及び被扶養者(70歳以上の被扶養者がいない方については、後期高齢者医療の被保険者等となったことにより被扶養者でなくなった者)それぞれの収入額を公的年金・給与その他の収入に分けてご記入ください。

(注2) 収入額は全てご記入ください。ただし、退職一時金及び公租課税対象外の収入(障害又は遺族に係わる年金・恩給等戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当、児童扶養手当等、災害弔慰金等)は除きます。

(注3) 収入の欄に記載した金額を証明できる市区町村長の発行する(非)課税証明書、公的年金源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し等の収入額の確認できる書類を添付してください。なお、収入額を確認できる書類を所持していなく、かつ、収入額を証明する書類の発行ができない収入については、添付不要です。

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。		
事 業 所 名 称 事 業 主 氏 名 電 話	令和 年 月 日 TEL ()	事業所担当者確認欄 <input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがな いか申請者本人に確認している。