

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被保険者証の記号		番号	
被 保 険 者	氏名	店	
	生年月日	昭和	年 月 日
被扶養者で高齢受給者証を交付されている方はいますか？		はい	いいえ
↓ はいとお答えになった方のみ下記記入欄にご記入ください。			
氏名		性別	
生年月日		昭和 年 月 日	
住所			
現在所持している高齢受給者証の発行年月日		平成・令和 年 月 日	

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

		被保険者氏名		被扶養者氏名	
		収入額		有無	収入額
平 成 ・ 令 和 年 の 収 入	公的年金 <small>(老齢基礎年金,老齢厚生年金,退職共済年金等)</small>	円	円		円
	給与 <small>(パート収入等含)</small>	円	円		円
	年金・給与以外の収入 <small>()収入</small>	円	円		円
	合 計	円	円		円
		合計			円

上記のとおり収入の額を申告し、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> 被保険者本人が自ら署名する場合には被保険者本人の押印は不要です。
- <注2> 市町村民税を課されているか、いないにかかわらず、70歳以上の被保険者及び被扶養者の方(65歳以上で老人医療の障害認定を受けている方も含む)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下さい。
- <注3> 収入額は、すべてご記入下さい。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害又は遺族に係る年金・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)などは除きます。
- <注4> 収入の欄に記載した金額の証明できる市区町村長の発行する(非)課税証明書、公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告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。

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。	
事業所所在地 事業所名称 事業所氏名 電 話	〒 令和 年 月 日提出

受付年月日

