

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

下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。

確認欄		☐ この届は、申請者本人(被保険者)が作成したものです				
被保険者等		記 号	番 号			
被 保 険 者	氏 名				性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日				
対 象 者	氏 名				性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭 和 年 月 日				
	住 所					
現在保持している 高齢受給者証の発効年月日		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

		被保険氏名	被扶養者氏名		被扶養者氏名	
		同 上				
		収 入 額	有 無	収 入 額	有 無	収 入 額
平成・令和 年の収入	公的年金 (老齢基礎年金、退職 共済年金、老齢年金、 退職年金等)	円	有・無	円	有・無	円
	給与・賞与 (パート収入等含)	円	有・無	円	有・無	円
	年金・給与以外の 収入 (収入)	円	有・無	円	有・無	円
	合 計	円		円		円
				合 計		円

備考欄	被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)
-----	---

- 注1. 対象となる収入は、9月から12月に医療機関で受診される時は「前年の収入」、1月から8月に医療機関で受診される時は「前々年の収入」となります。
- 注2. 市町村住民税を課されているか、いないかにかかわらず、70歳以上の被保険者及び被扶養者方(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。「所得額」ではなく「収入額」をご記入下さい。
- 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、災害弔慰金等)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、確定申告書の写し等の収入額の確認できる書類を添付して下さい。
添付していただく書類は、必ず収入申告欄にご記入いただいた年度(前々年または前年)の書類であることをご確認のうえ、ご提出下さい。

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 事業主氏名 電 話	令和 年 月 日 提出 〒 () - () - ()

