

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日	事業主健保所管箇所		
	長	長	担当者		長	長	担当者

健康保険高齡受給者基準収入額適用申請書

被保険者番号								
被保険者	氏 名	※自筆の場合押印省略可					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							
現在所持している高齡受給者証の発行年月日		令和 年 月 日						

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

令和()年の収入	被保険者氏名	被扶養者氏名		被扶養者氏名	
	収入額	有無	収入額	有無	収入額
公的年金 (老齡基礎年金、老齡厚生年金、退職共済年金、退職年金等)	円	有・無	円	有・無	円
給 与 (パート収入含む)	円	有・無	円	有・無	円
年金・給与以外の収入 ()収入 ↑収入の種類を記入	円	有・無	円	有・無	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齡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〔後期高齡者医療制度の被保険者となったことにより被扶養者でなくなったものを含む〕の方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(障害または遺族に係る年金・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。

ご記入いただいた個人情報、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】