

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合		
	長	長	担当者

受付月日

事業主健保所管箇所		
長	長	担当者

健康保険高齡受給者基準収入額適用申請書

被保険者証番号							
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

		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
平 成 ・ 令 和 年 の 収 入	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	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>市町村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〔後期高齡者(長寿)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2>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3>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は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【事業主記入欄】	
確 認 欄	事業主の確認により、右記の内容を省略した場合は、チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

【備考欄】