

常務理事	部長	次長	課長	課長代理	係長	係員	伺日	
							交付年月日	
							発効年月日	
							有効期限	

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

(申請期限 令和 年 月 日)

健康保険の記号		番号	
被保険者	氏名	性別	
	生年月日	昭和 年 月 日	
対象者	氏名	性別	
	生年月日	昭和 年 月 日	
	住所		
現在使用している高齢受給者証の発効年月日		令和 年 月 日	
備考			

健康保険の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。

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		
令和成 年の収入	公的年金 (老齢(基礎・厚生)年金 退職(共済)年金 企業年金等)	円	円	円
	給与(パート収入含む)	円	円	円
	年金・給与以外の収入	円	円	円
	合計	円	円	円
		総計		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> 市町村民税を課されているいにかかわらず、70歳以上の被保険者および被扶養者(65歳以上で老人医療の障害認定を受けている者含む)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2> 収入額はすべてご記入下さい。ただし退職金や公租公課の対象とならない収入(障害年金、遺族にかかる年金・恩給・特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当、災害弔慰金等)は除く
- <注3> 収入の欄に記載した金額を証明す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。

確認欄	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。

<p>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。</p> <p>〒</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話</p>

受付