

健康保険高齢受給者基準収入適用申請書

健康保険被保険者証		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	〒 ー		
現在所持している 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・被扶養者等の収入申告書欄

申告内容		被保険者氏名	被扶養者等氏名	被扶養者等氏名	
		収入額	収入額	収入額	
				収入(有 ・ 無)	収入(有 ・ 無)
平 成 ・ 令 和 年 の 収 入	公的年金収入				
	老齢基礎年金・老 齢厚生年金・老齢 年金・退職年金等	円	円	円	
	給与収入 (パート収入等含)	円	円	円	
	年金・給与以外の 収入 ()収入	円	円	円	
	合 計	円	円	円	
		合 計	円	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。

注意事項については裏面をご覧ください。

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

受付日付印

注意事項

- 注1 被保険者が自ら署名した場合には、被保険者本人の押印は不要です。
- 注2 市区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(70歳以上の被扶養者がいない方については、後期高齢者医療の被保険者等となったことにより被扶養者でなくなった者)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ください。
- 注3 収入額は、すべてご記入ください。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ものを添付してください。