

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

高齢受給者認定日

常務理事	事務長	担当者

被保険者証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇
被保険者氏名	性別	生年月日	マイナンバー記入欄 (記号番号を記入した場合は不要です)	
〇〇 〇〇	男 女	昭和 平成 99 年 99月 99日		
印	住所	東京都〇〇区〇〇〇丁目〇〇-〇〇		

対象者氏名	性別	男・女	生年月日	昭和 99 年 99月 99日
〇〇 〇〇	住所	東京都〇〇区〇〇〇丁目〇〇-〇〇		
対象者氏名	性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日
	住所			
現在所有している高齢受給者証の発効年月日	平成・令和 30 年 9 月 1 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	基準収入額
		収入額	収入額	収入額	70歳以上被保険者のみの場合 383万円未満
令和 1 年 の 収 入	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	円	円	円	70歳以上の被保険者と70歳以上の被扶養者の場合 520万円未満
	給与 (パート収入等含む)	円	円	円	
	年金・給与以外の収入 ()収入	円	円	円	合計
	合計	円	円	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いたします。

<注1>被保険者が自ら署名する場合には、被保険者本人押印は不要です。

<注2>市区町村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(65歳以上で広域連合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収入の確認できる書類を添付してください。

なお、収入額を確認できる書類を所持していなく、かつ、収入額を証明する書類の発行ができない収入については添付不要です。

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 事業主氏名 電話	〒 令和 年 月 日 印

