

常務理事	事務長	担当

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者記号		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・平成	年	月	日
	住所				

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

収入の種類	被保険者名		被扶養者氏名		被扶養者氏名	
	有無	収入額※	有無	収入額※	有無	収入額※
給与・賞与等収入 (パート収入等含む)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
公的年金 (老齢基礎年金・老齢厚生年金・退職共済年金等)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
その他収入 ()	有・無	円	有・無	円	有・無	円
合計		円		円		円
総合計						円

※収入額の欄は、前年（1月～8月に受診されるときは前々年）の収入額をすべてご記入ください。

上記のとおり収入額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者基準額適用の申請をします。

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。

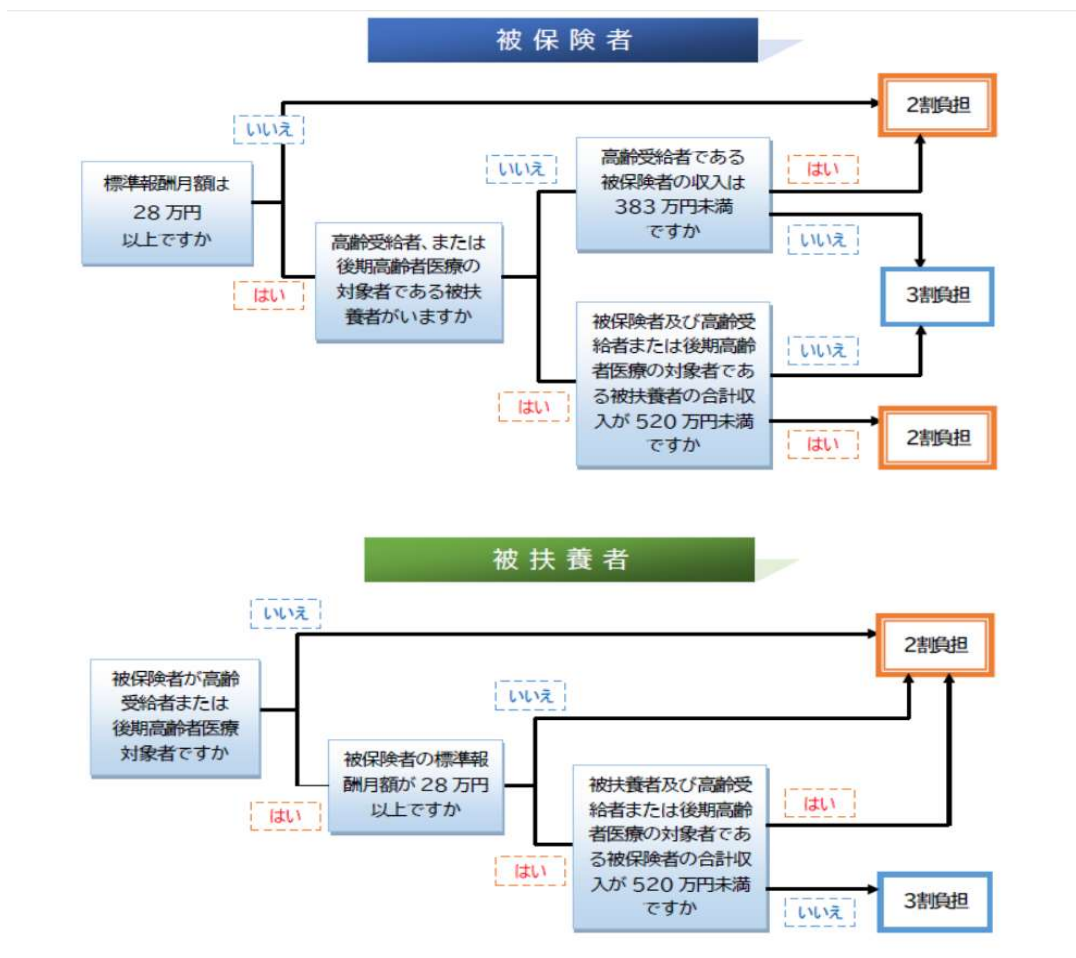
令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

■ 下記フローチャートをご確認いただき、2割負担になる可能性のある方は、下記関係書類を添付して申請ください。



■ 対象となる収入

1月から8月に医療機関等で受診されるときは「前々年の収入」、9月から12月に受診されるときは「前年の収入」となります。

■ 申請書に添付いただく書類

- 一部負担金の割合が3割と記載された健康保険高齢受給者証の写し（交付されている場合）
- 収入申告欄に記入した全員分の該当する年の収入金額が確認できる書類
例：（非）課税証明書、源泉徴収票、公的年金等源泉徴収票、確定申告の写し等