

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者証の記号		番 号	
被 保 険 者	氏 名	印	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齢受給者証の発効年月日		平成 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 年 度 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
	給 与 (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

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適用申請をします。

<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方(65歳以上で老人医療の障害認定を受けている方も含みます)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2> 収入額は全てご記入ください。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3> 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の収入額の確認できる書類を添付してください。

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		受付年月日
事業所所在地	〒	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
事業所名称	平成 年 月 日 提出	
事業主氏名	印	
電 話	()	