

健康保険高齡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	④	性別 男 ・ 女
	生年月日	昭和 年 月 日	
対 象 者	氏 名	④	性別 男 ・ 女
	生年月日	昭和 年 月 日	
	住 所		
現在所持している高齡受給者証の発効年月日		令和 年 月 日	

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

		被保険者の収入額	被扶養者氏名		被扶養者氏名	
			有・無	収入額	有・無	収入額
平 成 年 の 収 入	公的年金 老齢厚生年金 老齢基礎年金 退職共済年金 老齢年金 退職年金等	円		円		円
	給与 (パート収入等含む)	円		円		円
	その他の収入 ()	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齡受給者基準収入額適用の申請をします。

- <注1> 被保険者本人が自ら署名する場合には、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の方（65歳以上で老人医療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下さい。
- <注3> 収入額は、すべてご記入下さい。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の収入額の確認できる書類を添付して下さい。

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	令和 年 月 日提出	
事業所名称		
事業主氏名		
電 話		