

常務理事	事務局長	部長	次長	課長	係長	扱者

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

対象となる収入が裏面の「基準収入額」を超えている場合は、提出不要です。

被保険者の記号		番 号	
被 保 険 者	氏 名	(歳)	
	生年月日	昭 和 年 月 日	
	住 所	〒 ー 電話番号 ()	
対 象 者 70 歳 以 上	氏 名	(歳) (男・女)	(歳) (男・女)
	生年月日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄 (70歳以上単身世帯・70歳以上複数世帯)

収入の種類 <small>(前年か前々年のどちらに該当するかは、裏面の表でご確認下さい)</small>	70歳以上被保険者氏名		70歳以上被扶養者氏名		70歳以上被扶養者氏名	
	有無	収 入 額	有無	収 入 額	有無	収 入 額
給与・賞与等収入 <small>(パート収入等含)</small>	有・無	円	有・無	円	有・無	円
公的年金収入 <small>(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)</small>	有・無	円	有・無	円	有・無	円
その他の収入 ()	有・無	円	有・無	円	有・無	円
個人小計		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額適用の申請をします。
 ◎この申請書は、高齢受給者証の一部負担割合が3割と判定された方であっても、前年(前々年)の収入が、基準となる収入額に満たない場合には提出することができます。(前年か前々年かは裏面の図をご参照下さい。)

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。

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	()

受 付 年 月 日