

常務理事	事務長	係

## 健康保険 高齡受給者基準収入額適用申請書

申出日: 令和 年 月 日

被保険者	記号		番号		事業所名		
	氏名						
	生年月日	昭・平	年	月	日		
対象者	氏名					続柄	
	生年月日	昭・平	年	月	日		
	現在所持している高齡受給者証の発効年月日					平成・令和	年 月 日

備考欄																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

収入項目	被保険者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	収入に含まれないもの
公的年金収入 (老齡基礎・老齡厚生等)	円	円	円	<ul style="list-style-type: none"> <li>退職金</li> <li>障害又は遺族に係る年金恩給等</li> <li>戦没者等の遺族に対する特別弔慰金</li> <li>児童手当、児童扶養手当</li> <li>災害弔慰金</li> <li>健康保険法等による傷病手当金</li> <li>雇用保険法による失業給付等</li> </ul>
給与収入 (パート収入など含む)	円	円	円	
その他収入 (利子・配当・不動産等)	円	円	円	
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。

#### 【注意】

- <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> 市町村民税を課されているか、いないにかかわらず、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、災害弔慰金など)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いたします	
令和 年 月 日	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付印