

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者の記号		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 年 月 日	
	住 所		
	現在所持する高齢受給者証の発効日	令和 年 月 日	
対 象 者	氏 名	性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 年 月 日	
	住 所		
	現在所持する高齢受給者証の発効日	令和 年 月 日	

70歳以上の被保険者・被扶養者等の収入申告欄

		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	
令 和 5 年 の 収 入	公的年金 <small>(老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金等)</small>	円		円		円	
	給与 <small>(パート収入等含)</small>	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、<注3>の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。

<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（70歳以上の被扶養者がいない方については、後期高齢者医療制度の被保険者等となったことにより被扶養者でなくなった者）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2> 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当該年度の所得証明書または確定申告書（写）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。	
事業所所在地 事業所名称 事業主名 電 話	〒 令和 年 月 日提出 ()