

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------|-------|-------|----|
| 事業所名 | | 被保険者等 | 記号 | 番号 |
| 記号・番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください。 | | | | |
| 被保険者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 | | | |
| 対象者氏名 | (枝番) | 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 ・ 令和 年 月 日 | | | |

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

| | 被保険者氏名 | 被扶養者氏名 | | 被扶養者氏名 | |
|---|--------|--------|-----|--------|-----|
| | 収入額 | 収入額 | 有・無 | 収入額 | 有・無 |
| 前年度の収入 公的年金 「老齢厚生年金 国民年金 共済年金 等」 給与 「パート収入等含」 | 円/月・年 | 円/月・年 | | 円/月・年 | |
| 年金・給与以外 「不動産・利子等」 ()収入 | 円/月・年 | 円/月・年 | | 円/月・年 | |
| 合 計 | 円/年 | 円/年 | | 円/年 | |
| | | 総 計 | | 円/年 | |

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いたします。

注1. 市区町村民税を課されている・いないに係わらず70歳以上の被保険者及び被扶養者はそれぞれの収入金額を
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. 収入額はすべて記入してください。

ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害または遺族年金・恩給等、戦没者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3. 収入欄に記載した金額の証明ができる市区町村役所(場)で発行する(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収入額の確認できる書類を添付してください。

| | | |
|--------|---|--|
| | 上記の申請について事実と相違ないことを証明いたします | |
| 事業主証明欄 | 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 事業主担当者確認 | 〒 — () 申請書(被保険者)が作成したものである <input type="checkbox"/> |

令和 年 月 日 提出

受付日付印