

高齡受給者基準収入額適用申請書

記入日 令和 年 月 日

常務理事	事務長	係		

事業所欄 にはお持ちの保険証カードに記載されている事業所所在地・事業所名称（勤務部署ではありません）をご記入下さい。

被保険者 No.	記号 (番号)	事業所 所在地 名称
被保険者の所属部署	名称	電話
被保険者 (申請者)		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
認定対象者の氏名		続柄
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
認定対象者の住所	〒	電話
現在所持している高齡受給者証の発効年月日	平成 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	
	有・無	収入額	有・無	収入額	有・無	収入額
給与、賞与等収入 (パート収入等)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
公的年金 (老齡基礎年金、老齡厚生年金、退職共済年金、老齡年金、退職年金等)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
その他の収入		円		円		円
個人計		円		円		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行います。				合計		円

【注意】

- 1) 市町村民税を課せられているか、否かにかかわらず、70歳以上の被保険者及び被扶養者(65歳以上で老人医療の障害認定を受けている方も含む)の方のそれぞれの収入額を給与等収入・公的年金・その他の収入に分けてご記入ください。
- 2) 収入額は、すべてご記入ください。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。)
- 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(非)課税証明書、公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告の写し等の収入額が確認できる書類を添付してください。

(事業主)

受付日付印

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話

