

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

事業所名		健康保険証		記号	番号・枝番
被 保 険 者	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
対 象 者	氏名				
	保険証番号・枝番				
	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	有・無	収入額	有・無
前 年 度 の 収 入	公的年金 老齢厚生・国民・共済等 各種年金	円/月・年	円/月・年		円/月・年	
	給与 パート・アルバイト等の 収入を含む	円/月・年	円/月・年		円/月・年	
	年金・給与以外の収入 不動産収入・利子収入等 その他()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>市区町村民税を課税されている・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>収入金額はすべてご記入いただくこととなりますが、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害・遺族年金・恩給等戦没者遺族の特別弔慰金・児童扶養手当等・災害弔慰金等)は除きます。

<注3>収入欄に記載した金額が証明できる市区町村役所(場)で発行する課税(非課税)証明書・公的年金等・源泉徴収票給与源泉徴収票・確定申告書の写等収入額の確認できる書類を添付してください。

事 業 主 証 明 欄	事業所所在地	〒 -	令和 年 月 日提出	受付年月日
	事業主名称			
	事業主氏名			
	電話	()		
	事業主担当者確認	申請者(被保険者)が作成したものである <input type="checkbox"/>		