

常務理事	事務長	課長	係長	係	* 記入しないでください
					383万円未満
					令和 年 月 日
					定する

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被 保 険 者	被保険者証 記号	記号	氏名	被保険者の氏名をご記入ください
	被保険者証 番号	番号	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 満 〇〇歳
	被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）			〇 〇
70 歳 以 上 の 被 扶 養 者	氏名	フリガナ	続柄	生年月日 昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 満 〇〇歳
	対象者の氏名をご記入ください			
	住所	対象者の住所と連絡先をご記入ください		現在所持している高齢受給者証の発効年月日 平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日
		〒	TEL ()	

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

収入の種類	被保険者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名
	被保険者の氏名をご記入ください		
年 間 収 入	公的年金 (老齢年金、退職共済年金、 障害年金など)	収入額	収入額 有・無
		公的年金額を ご記入ください 円	公的年金額を ご記入ください 円
	給与収入 (パート収入など含む)	給与収入額を ご記入ください 円	給与収入額を ご記入ください 円
	その他の収入 ()	その他の収入がある 方はご記入ください 円	その他の収入がある 方はご記入ください 円
	合計	合計金額を ご記入ください 円	合計金額を ご記入ください 円
総合計	被保険者と被扶養者の収入の合計金額をご記入ください 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齢受給者基準収入額適用の申請を行ないます。

- ※ 申請書に必要事項をご記入のうえ、関係書類を添えて、令和 年 月 日 () までに当健保組合へご提出ください。
- ※ 申請期限経過後に申請された場合は、やむを得ない理由があると保険者が認める場合を除き、申請があった月の翌月から負担割合が2割に変更されることとなりますのでご注意ください。
- ※ 対象となる収入が裏面の「基準収入額」を超えている場合は、申請できませんのでご注意ください。

事 業 主 証 明 欄	(任意継続被保険者の方は不要)		
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日	事業所所在地	事業所の所在地をご記入ください
		事業所名称	事業所の名称をご記入ください
	事業主氏名	事業主の氏名をご記入ください	

《 申請の対象となる方 》

70歳以上の被保険者または70歳以上の被保険者に扶養されている被扶養者の方のうち、3割の健康保険高齢受給者証を所持している方で標準報酬月額が28万円以上である方が、前年の収入において次の<基準となる収入の額>に該当する場合は、基準収入額適用申請の手続きをしていただくと、医療機関における一部負担割合が2割となります。

<基準となる収入の額>	○ 70歳以上の被扶養者を有する場合	520万円未満
	○ 70歳以上の被扶養者を有しない場合	383万円未満

【記入上の注意】

- <注 1> 収入申告欄には、前年（1月から8月に医療機関で受診されるときは前々年）の収入の額を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。
- <注 2> 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ください。
- <注 3> 70歳以上の被扶養者とは、旧被扶養者を含みます。旧被扶養者とは、後期高齢者医療の被保険者になった時点で被扶養者だった方をいいます。
- <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、確定申告書の控のコピー等の収入額の確認できる書類を添付してください。
※ 前年の収入の額に基づいたその年の(非)課税証明書は、その年の6月以降に市区町村にて発行されます。
- <注 5> 虚偽の申告を行い、世帯の収入金額が基準に該当し、負担区分が一定以上所得者（3割負担者）から一般（2割、または1割負担者）となったり、高額医療費の自己負担限度額「一般所得者（標準報酬月額28万円未満）」適用となった場合には、刑法上の詐欺罪に該当するとともに、不正行為による受給として保険者が国税徴収の例により給付額の一部を徴収することもあります。

<収入の額について>

