常務理事	事務長		担当

健康保険
高齢受給者 基準収入額適用申請書

※住民税を課されている、いないにかかわらず、70歳以上の被保険者および被扶養者（65歳以上の老人医療の障害認定を受けている方を含む）全員の収入額を記入してください。
※収入欄に記した金額を証明できる書類（市区町村の発行する（非）課税証明書、源泉徴収票の写し、確定申告書の写し（受付印のあるもの）などを必ず添付して提出してください。なお、収入額を確認できる書類を所持しておらず、かつ収入額を証明する書類の発行ができない収入については添付不要です。

	被保険者証の		氏名・印	性別	生年月日
	記号	番号			
被保険者			印	男1・女2	昭和・平成・令和　年　月　日

現在交付している高齢受給者証の発行年月日（受給者証の中央に記載されています）
平成・令和　年　月　日

	氏名	性別	生年月日	住所・電話番号
対象者		男1・女2	昭和・平成・令和　年　月　日	〒 電話番号

■70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

70歳以上の被保険者・被扶養者氏名	該当に○	前年（1～8月に医療機関で受診されるときは前々年）の収入額 ※退職金および公租公課対象外の収入（傷害年金、遺族年金・恩給、失業給付、傷病手当金など）は除く					
		①公的年金等	②給与等	③不動産収入等	④その他（　　）収入	⑤その他（　　）収入	合計
	被保険者・被扶養者	円	円	円	円	円	円
	被保険者・被扶養者	円	円	円	円	円	円
	被保険者・被扶養者	円	円	円	円	円	円
						総計	円

上記のとおり収入額を申告し、関係書類を添えて申請します

※本書に記入していただいた個人情報は適切に取り扱い、目的外には使用いたしません。

令和　年　月　日

事業所所在地
事業所名称　印
事業主名

社会保険労務士の提出代行者　印

受付日付印

確認印	□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

R2.04