

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

常務理事	事務長	係員

被保険者証記号		被保険者証番号	
被 保 険 者	氏名	性別	男・女
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
対 象 者	氏名	性別	男・女
	生年月日	昭・平 年 月 日	
	住 所	〒	
現在所持している高齢受給者証の発行年月日		平・令 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	収 入 額
平・令 年 の 収 入	公的年金 (老齢厚生年金・老齢 厚生年金・老齢年金・ 退職年金)	円	円
	給与(パート収入等含 む)	円	円
	年金・給与以外の収入 ()	円	円
	合 計	円	円
		合 計	円

上記のとおり収入の額を申告し、関係書類を添えて申請をします。

《注1》市町村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)それぞれの収入額をご記入下さい。

《注2》収入の欄に記載した金額の確認できる書類(市町村民長の発行する(非)課税証明書、源泉徴収票、確定申告書の写し等)を添付してください。ただし、退職金及び公租公課の対象にならない収入は除きます。

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。	
事業所所在地 名 称 事 業 主 氏 名	