

常務理事	事務長	業務部長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者証 記号一番号		—					
被 保 険 者	氏 名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性 別	男・女
受 給 者	氏 名						
	生年月日	昭和	年	月	日	性 別	男・女
	住 所	〒					
高齢受給者証 発効年月日		平成・令和	年	月	日		

70歳以上の被保険者・被扶養者等の収入申告額

収入の種類	被保険者氏名		被扶養者等氏名		被扶養者等氏名	
	有・無	円	有・無	円	有・無	円
給与・賞与等	有・無	円	有・無	円	有・無	円
公的年金※	有・無	円	有・無	円	有・無	円
そ の 他	有・無	円	有・無	円	有・無	円
個 人 小 計		円		円		円
合 計		円				

※公的年金…老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等

上記のとおり収入の額を申告し、健康保険高齢受給者基準収入額適用の申請をします。

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。		受付日
事業所所在地	〒	令和 年 月 日提出
事業所名称		
事業主氏名		
事業所電話番号	()	

社会保険労務士記載欄(氏名等)

70歳以上の被保険者本人と70歳～74歳の被扶養者の方の収入の合計額が以下の一定額に満たない場合には、この申請書にて東京都報道事業健康保険組合に申請されますと保険医療機関の窓口において2割のご負担となります。

◎ 70歳～74歳の被扶養者を有する方 : 520万円（被保険者・被扶養者の合計収入）

◎ 70歳～74歳の被扶養者を有しない方 : 383万円（被保険者の収入）

※上記非該当であっても、被扶養者であった方（後期高齢者の被保険者に該当したことにより被扶養者でなくなった方）がいる場合は、その方との合計収入額が520万円未満

〈記入上の注意〉

- ① 収入申告欄は、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、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童扶養手当、災害弔慰金など）は除きます。
- ② 申請期間経過後に申請された場合は、やむを得ない理由があると認める場合を除き、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。
- ③ 虚偽の申告にて不正な負担割合の高齢受給者証を取得し医療機関を受診した場合は、給付額の一部を返還請求いたしますのでご注意ください。

〈収入の額について〉

医療機関の受診時期	1月～8月	9月～12月
収入基準判定対象期間	前々年の年収額	前年の年収額

ご不明な点がございましたら、健康保険組合 適用課までご連絡ください

電話：03（6264）0133