

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 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 | 被保険者等 記号・番号 | (記号) | (番号) | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| 対 象 者 | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| | 住所 | 〒 | | | | | |
| | 資格確認書 発行要否 | <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※必ず裏面をご確認ください。 | | | | | |

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 | |
|-------|--------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 給与・賞与等 | 有・無 | 円 | 有・無 | 円 | 有・無 |
| 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。 | |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 事業所電話番号 | () |

受付日付印

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| 氏名等 |

〈申請の対象となる方〉

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、この申請書にて手続きいただくと、医療機関の窓口における一部負担割合が2割となります。

◎ 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

〈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 |

〈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一部負担割合が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を適用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。
- ④ 資格確認書発行要否について(※)
資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」にチェックを入れてください。
※ 以下に該当する場合に限ります。
 - ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 - ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者