

健康保険高齡受給者基準収入額適用申請書

被保険者証の記号			番号	
被 保 険 者 情 報	氏名			
	生年月日	昭和	年	月 日
	住所	〒 ー		
	電話番号	()		

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
令 和 年 の 収 入 額	公的年金 (老齡(基礎・厚生)年金、退職共済年金、老齡年金等)	円	円	円
	給与 (パート収入等含む)	円	円	円
	公的年金・給与以外の収入 ()収入	円	円	円
	合 計	円	円	円
			世帯合計	円

上記の通り収入の額を申告し、添付書類を添えて健康保険高齡受給者基準収入額適用の申請をしま

- <注1> 市町村民税の有無にかかわらず、**70歳以上**の被保険者及び被扶養者（後期高齡者医療制度を含む）それぞれの収入額をご記入下さい。
- <注2> 収入額は、前年（1月～8月に受診されるときは前々年）の収入額をすべてご記入下さい。；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3> 収入の欄に記載した金額を証明できる市区町村長の発行する「**所得（課税）証明書**」を添付下さい。