

常務理事	事務長				担当者

### 健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

記号			番号		
被 保 険 者	氏名			性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
対 象 者	氏名			性別	男・女
	生年月日	昭和 年 月 日			
	住所				

### 70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

収入の種類	被保険者氏名		被扶養者氏名		被扶養者氏名		
	有無	収入額	有無	収入額	有無	収入額	
前年または前々年の収入額※	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)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
	給与 (パート収入等含む)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
	年金・給与以外の収入 ( )収入	有・無	円	有・無	円	有・無	円
	個人小計		円		円		円
合計							円

上記のとおり収入の額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者基準額適用の申請をします。

※ 収入申告欄は、前年（1月から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・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金など）は除きます。

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	〒 令和 年 月 日提出
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付印

社会保険労務士の提出代行者印

70歳以上の被保険者本人と70歳以上の被扶養者（65歳以上で後期高齢者医療の認定を受けている方も含みます。）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。

- |                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| <input type="radio"/> 70歳以上の被扶養者を有する方 | : 520万円 |
| <input type="radio"/> 70歳以上の被扶養者を有しない | : 383万円 |

#### 【留意事項】

- <1> 収入申告欄には、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・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金など）は除きます。市町村民税を課されているか、いないかに関わらず、70歳以上の被保険者及び被扶養者の方（65歳以上で後期高齢者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・公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- <2> 一部負担金割合が3割と記載された健康保険高齢受給者証の写しと、収入の欄に記載した金額の証明できる市区町村長の発行する（非）課税証明書、公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し等の収入額の確認できる書類を添付してください。
- ※ 前年の収入の額に基づいたその年の（非）課税証明書は、その年の6月以降に市区町村にて発行されます。
- <3> 申請期限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。
- <4> 虚偽の申告を行い、世帯の収入金額が基準額を下回り、負担区分が一定以上の所得者(3割負担者)から一般(2割負担者)となった場合には、刑法上の詐欺罪に該当するとともに、不正行為による受給として保険者が国税徴収の例により給付額の一部を徴収することもあります。

