

常務理事	事務長	係

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号		番号		生年月日	昭和	年	月	日
	被保険者氏名									
	被保険者住所	〒 電話								

		被保険者欄	被扶養者(旧被扶養者)欄	被扶養者(旧被扶養者)欄
7 0 歳 以 上 の 被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 ・ 旧 被 扶 養 者 の 収 入 申 告 欄	氏名			
	生年月日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	被扶養者・旧被扶養者区分(*1)	/		<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 旧被扶養者
	被扶養者でなくなった日 (旧被扶養者にチェックした場合は ご記入ください)	/		令和 年 月 日
	給与・賞与等収入の有無 及びその金額 (パート収入含む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円
	公的年金受給の有無及びその金額 (老齢基礎年金・老齢厚生年金 ・退職共済年金・退職年金 等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円
	その他の収入の有無 及びその金額 (前年(医療機関の受診月が1月から8月の場合は 前々年)の収入額を全てご記入ください)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円
	収入の内容 ()	収入の内容 ()	収入の内容 ()	
	個人小計	① 円	② 円	③ 円
合計 (①+②+③)	円			

上記の通り収入額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者基準収入額適用を申請します。

- ・新たに健康保険高齢受給者証(3割)が交付された方につきましては、交付日より14日以内の申請が必要です。
- ・14日を超えて申請された場合は、やむを得ないと認められる場合を除き、申請があった月の翌月から適用となります。

受付日付印