

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

対象となる収入額が裏面の「基準収入額」を超えている場合は、提出不要です。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)				
住所	(〒 -)		都 道			府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

70歳以上の被保険者・被扶養者・旧被扶養者の収入の種類	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	
	氏名					
被扶養者・旧被扶養者区分			<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 旧被扶養者	<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。)			平成	年	月	日
給与・賞与等収入の有無及びその金額(パート収入等含む)	<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()	<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
個人小計	①	円	②	円	③	円
合計(①+②+③)		円		円		円

上記のとおり収入額を申告し、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。平成 年 月 日

※ 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のでご注意ください。

事業主欄	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。	平成	年	月	日
	事業所所在地	(〒 -)			
	事業所名称				
	事業主氏名				
	電話	()			

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

受付日付印

(28.10)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

様式番号

協会使用欄

■ 申請の対象となる方(基準収入額)

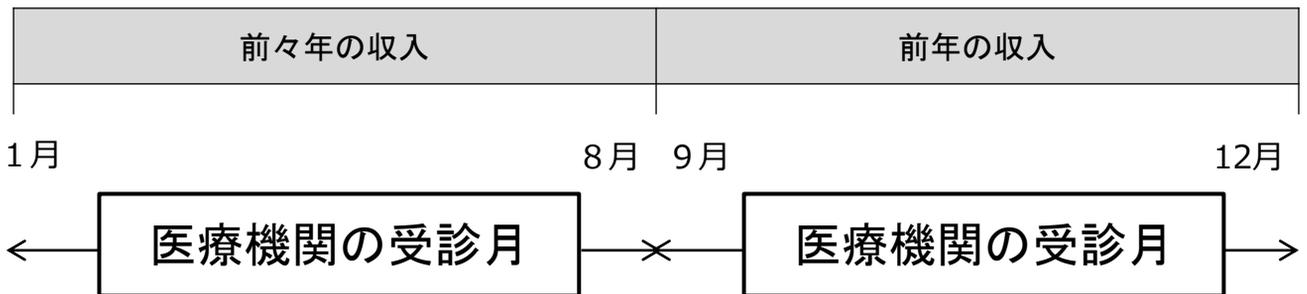
次のア～ウの方のうち、高齢受給者証に表示されている一部負担金の割合が「3割」となっている方、もしくは標準報酬月額が28万円以上となっている方で、対象となる収入額※¹が下記の基準収入額に満たない場合は、申請により医療機関等における一部負担金の割合が3割から1割または2割負担になります。

- ア 70歳以上の被保険者の方
- イ 70歳以上の被保険者に扶養されている70歳以上の被扶養者の方
- ウ 70歳以上の被扶養者を有しない70歳以上の被保険者で、旧被扶養者※²を有している方

基準収入額

- 70歳以上の被扶養者を有する場合：520万円未満(被保険者と被扶養者の合計収入額)
- 70歳以上の被扶養者を有しない場合：383万円未満(被保険者のみの収入額)
383万円以上の場合であっても旧被扶養者を有する場合：520万円未満(被保険者と旧被扶養者の合計収入額)

※¹ 対象となる収入額は、9月から12月に医療機関等で受診されるときは、「前年の収入」、1月から8月に受診されるときは、「前々年の収入」となります。



※² 旧被扶養者とは、後期高齢者医療制度の被保険者となったことにより、被扶養者でなくなった方で、継続して後期高齢者医療制度の被保険者である方をいいます。(65歳～74歳の方であって、後期高齢者医療制度の障害認定を受けたことにより被扶養者でなくなった方を含みます。なお、被扶養者でなくなった日の属する月以後5年を経過するまでの間に限り基準収入額に含むことができます。)

■ この申請書に添付していただく書類

○ 収入申告欄に記入した全員分の該当する年の収入金額が確認できる書類

市区町村長の発行する(非)課税証明書(原本)、確定申告書の控えの写し等を添付してください。

- ・ 前年の収入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。
- ・ 添付書類は「所得額」ではなく「収入額」の確認できる書類が必要となります。(非)課税証明書の場合は、「収入額」が明記されている証明書を添付してください。

■ 記入上の注意

- 注1: 収入申告欄には、前年(1月から8月に医療機関等で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(障害または遺族に係る年金・恩給等、戦没者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。
- 注2: 市町村民税を課されているかにかかわらず、70歳以上の被保険者および被扶養者それぞれの収入額を給与・公的年金・その他収入に分けてご記入ください。
- 注3: 虚偽の申告を行い、世帯の収入金額が基準に該当し、負担区分が現役並み所得者(3割負担)から一般(1割または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給付額の一部を徴収することもあります。