

# 健康保険 高年齢受給者 基準収入額適用 申請書

新規判定用

基新

この申請は、健康保険高年齢受給者証(3割)の交付日より14日以内の申請が必要です。なお、記入方法および添付書類等については「基準収入額適用申請のお知らせ」をご確認ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	個人番号 (マイナンバー)	1.昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 3.令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	氏名			
	郵便番号 (ハイフン除く)		電話番号 (左づめハイフン除く)	
	住所	都 道 府 県		

70歳以上の被保険者・被扶養者・旧被扶養者の収入申告欄	①被保険者欄	②被扶養者(旧被扶養者)欄	③被扶養者(旧被扶養者)欄
	氏名 (カタカナ)	同上	
	生年月日	同上	
	収入の種類		
	④給与・賞与等収入の金額(パート収入等含む) <input type="text"/> 円 ⑤公的年金収入の金額(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="text"/> 円 ⑥その他の収入の金額 <input type="text"/> 円		

④給与・賞与等収入、⑤公的年金収入の確認は、マイナンバーを利用した情報照会によって行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。詳しくは「お知らせ」をご確認ください。  
 【高年齢受給者証の発効年月が1月～8月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【高年齢受給者証の発効年月が9月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

情報照会	①被保険者欄	②被扶養者(旧被扶養者)欄	③被扶養者(旧被扶養者)欄
郵便番号 (ハイフン除く)			
希望しない	<input type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。 希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。		

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届出します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

## 社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	種類	①被保険者	②被扶養者	③被扶養者
	①	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	②	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1.記入有(添付あり) 2.記入有(添付なし) 3.記入無(添付あり)				
2 2 1 1 1 1 0 3	その他	<input type="checkbox"/>	理由 1. その他 2. 3名以上	枚数 <input type="text"/>

受付日付印

(2026.6)