

健康保険 高年齢受給者 基準収入額適用 申請書

電子申請用

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「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号・番号																	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和				年	月	日									
	個人番号 (マイナンバー)																	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)																
	氏名 (カタカナ)																																	
	氏名																																	
	郵便番号 (ハイフン除く)																	電話番号 (左詰めハイフン除く)																
	住所	都 道 府 県																																

70歳以上の被保険者・被扶養者(旧被扶養者)の収入の種類	①被保険者欄	氏名 (カタカナ)																同上																②被扶養者(旧被扶養者)欄																③被扶養者(旧被扶養者)欄																															
	生年月日	同上																同上																1. 昭和 2. 平成 3. 令和																1. 昭和 2. 平成 3. 令和																															
	収入の種類	A 給与・賞与等収入の金額(パート収入等含む)																B 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)																C その他の収入の金額																																															

情報照会	A 給与・賞与等収入、B 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																																																
	郵便番号 (ハイフン除く)	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															
	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
	A			
	B			
	C			
1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)		その他		枚数
2 2 1 1 1 1 0 3		1. その他 2. 3名以上		

受付日付印

⑤