

健康保険 高齢受給者 基準収入額適用 申請書

電子申請用

新規判定用



この申請は、健康保険高齢受給者証(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	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 2.平成 3.令和	
	氏名 (カタカナ)			年	
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。				月
	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 収入の種類 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	
	④給与・賞与等収入の 金額(パート収入等含む)	1 1.昭和	年
	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)	月	1.昭和
	⑥その他の収入の金額 ()	日	年

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	受付日付印	
	A					
	B					
	C					
	1.記入有 (添付あり) 2.記入無 (添付なし) 3.記入無 (添付あり)					
	2 2 1 1 1 1 0 3	その他		(理由)		枚数
1.その他 2.3名以上						

④



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)