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
	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・旧被扶養者の収入の種類	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		
①	②	③	
②	②	③	
③	②	③	

①給与・賞与等収入、②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

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	☐ 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。

被保険者の記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

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										
	②										
③											
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	0	1	その他	☐	1. その他 2. 3名以上	枚数	

受付日付印