

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 2. 平成 3. 令和
	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		
	収入の種類		

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)			郵便番号 (ハイフン除く)			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。			任意継続被保険者の方は、 事業主欄の記入は不要です。
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号				

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)				
2 2 1 1 1 1 0 3				
その他 ☐ 1. その他 2. 3名以上 (理由)				
枚数 ☐				

受付日付印



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)