

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者等記号・番号		—			
被 保 険 者	氏名			性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
対 象 者	氏名			性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	住所				
現在所持している高齢受給者証の発行年月日		平成 ・ 令和	年	月	日

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄（☆欄は旧被扶養者を有する場合のみ記入）

収入の種類	被保険者氏名		被扶養者等氏名		被扶養者等氏名	
	氏名 同上					
			いずれかに○をしてください。 被扶養者・旧被扶養者		いずれかに○をしてください。 被扶養者・旧被扶養者	
			☆（被扶養者でなくなった日） 令和 年 月 日		☆（被扶養者でなくなった日） 令和 年 月 日	
給与、賞与等収入 （パート収入等含）	有・無	円	有・無	円	有・無	円
公的年金 （老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等）	有・無	円	有・無	円	有・無	円
その他の収入 （ ）	有・無	円	有・無	円	有・無	円
個人計		円		円		円
				合 計		円

上記のとおり収入の額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者基準収入額適用の申請をします。

◎ この申請書は、健康保険高齢受給者証（3割）の交付日より14日以内の届出が必要です。

14日を越えて申請された場合はやむを得ない理由があると認める場合を除き、申請があった月の翌月から負担割合が2割に変更されることとなりますのでご注意ください。

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。	
事業所所在地	〒 令和 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	
電話	()

受付日付印