

決 裁				
常務理事	事務長	部・課長	係 長	係

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者証の記号		番 号		
被 保 険 者	氏 名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
対 象 者	氏 名			
	生年月日	昭和	年	月 日
	住 所	〒 ー		
現在所持している高齢受給者証の発効年月日		平成・令和	年	月 日

70歳以上の被保険者・被扶養者・旧被扶養者の収入申告欄

収入の種類	被保険者氏名		被扶養者(旧被扶養者)氏名		被扶養者(旧被扶養者)氏名	
	氏名		氏名		氏名	
	有無		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) 平成・令和 年 月 日		※(被扶養者でなくなった日) 平成・令和 年 月 日	
収入額		収入額		収入額		
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
個人小計		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。

- ◎ ※欄は、旧被扶養者を有する場合は忘れずに記入してください。
- ◎ 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日を超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。
- ◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。

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 日提出
事業所名称	〒
事業主氏名	()
電 話	

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者

(裏)

《申請の対象となる方》

70歳以上の被保険者又は70歳以上の被保険者に扶養されている被扶養者の方のうち、3割の健康保険高齢受給者証を所持している方や標準報酬月額が28万円以上である方で前年の収入が下記の〈基準となる収入の額〉に満たない場合は、基準収入額適用申請の手続きをしていただくと医療機関における一部負担割合が2割となります。

〈基準となる収入の額〉

- 70歳以上の被扶養者がいる場合 : 520万円未満 (被保険者と被扶養者の合計額)
- 70歳以上の被扶養者がいない場合 : 383万円未満
- 旧被扶養者を有する場合 : 520万円未満 (被保険者と旧被扶養者の合計額)

【記入上の注意】

- 〈注1〉収入申告欄には、前年(1月から8月に医療機関で受診されるときは前々年)の収入の額をすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金など)は除きます。
- 〈注2〉市町村民税を課されているか、いないかにかかわらず、70歳以上の被保険者及び被扶養者それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 〈注3〉旧被扶養者とは、後期高齢者医療制度の被保険者となったことにより、被扶養者でなくなった方で、継続して後期高齢者医療制度の被保険者である方をいいます。(65歳～74歳の方であって、後期高齢者医療制度の障害認定を受けたことにより被扶養者でなくなった方を含みます。なお、被扶養者でなくなった日の属する月以後5年を経過する月までの間に限り基準収入額に含むことができます。)旧被扶養者を有する場合は、※欄も忘れずに記入してください。
- 〈注4〉一部負担金割合が3割と記載された健康保険高齢受給者証の写しと、収入の欄に記載した金額の証明できる市区町村長の発行する(非)課税証明書を添付してください。
※ 前年の収入の額に基づいたその年の(非)課税証明書は、その年の6月以降、市区町村にて発行されます。
- 〈注5〉虚偽の申告を行い、世帯の収入金額が基準に該当し、負担区分が一定以上所得者(3割負担者)から一般(2割負担者)となった場合には、刑法上の詐欺罪に該当するとともに、不正行為による受給として保険者が国税徴収の例により給付額の一部を徴収することもあります。

収入の額について

