

常務理事	事務長	担当

健康保険 高齢受給者 基準収入額適用申請書

				令和	年	月	日	提出
被 保 険 者 証	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ				
社 員 番 号			生年月日	昭和	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・被扶養者および旧被扶養者(※1)の収入申告欄

	被 保 険 者		被扶養者(旧被扶養者)		被扶養者(旧被扶養者)	
	氏名	同上	氏名		氏名	
			生年月日	昭和 年 月 日	生年月日	昭和 年 月 日
			いずれかに○をしてください		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・旧被扶養者	
			☆被扶養者でなくなった日		☆被扶養者でなくなった日	
			平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	
	収入の有無(※2)	収入額(※3)	収入の有無(※2)	収入額(※3)	収入の有無(※2)	収入額(※3)
給与・賞与等収入 (パート収入等含む)	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、退職年金等)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
その他の収入(※4) ()	有・無	円	有・無	円	有・無	円
個人小計		円		円		円
合 計						円

- ※1 「旧被保険者」については裏面をご参照ください。
- ※2 「有」「無」のいずれかに○をつけてください。
- ※3 「所得額」ではなく「収入額」を記入してください。
- ※4 その他の収入がある場合は、その種類を()内に記入してください。

この申請書は、高齢受給者証の交付日より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、申請があった翌月から一部負担金の割合が変更されることとなります。

事業所の証明	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。	
	令和 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名 電話番号	

事業主が確認した場合に○で囲んでください。

(確認)

この届出については①または②の要件を満たしたものである。
① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印

■ 申請の対象となる方（基準収入額）

次のア～ウの方のうち、高齢受給者証に表示されている一部負担金の割合が「3割」となっている方もしくは標準報酬月額が28万円以上となっている方で、対象となる収入額（※1）が下記の基準収入額に満たない場合は、申請により医療機関等における一部負担金の割合が3割から1割または2割負担となります。

ア．70歳以上の被保険者の方

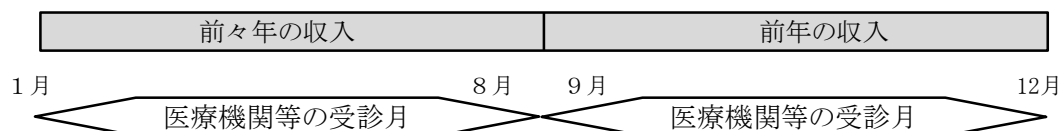
イ．70歳以上の被保険者に扶養されている70歳以上の被扶養者の方

ウ．70歳以上の被扶養者を有しない70歳以上の被保険者で、旧被扶養者（※2）を有している方

基準収入額

- 70歳以上の被扶養者を有する場合：520万円未満（被保険者と被扶養者の合計収入額）
- 70歳以上の被扶養者を有しない場合：383万円未満（被保険者のみの収入額）
383万円以上の場合であっても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収入額）

- ※1 対象となる収入額…9月から12月に医療機関等で受診されるときは「前年の収入」、1月から8月に受診されるときは「前々年の収入」となります。



- ※2 旧被扶養者…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。）

■ この申請書に添付していただく書類

- 一部負担金の割合が3割と記載された健康保険高齢受給者証の写し
（交付を受けていない方は「現在所持している高齢受給者証の発効年月日」欄の余白に「未交付」と記入してください。）
- 収入申告欄に記入した全員分の該当する年の収入金額が確認できる書類
（確定申告書の控の写し、公的年金等源泉徴収票の写し、給与源泉徴収票の写し、市区町村長の発行する（非）課税証明書（原本）等を添付してください。）

※ 前年の収入額に基づいたその年の（非）課税証明書は、その年の6月以降に市区町村にて発行されます。

※ 添付書類は「所得額」ではなく「収入額」の確認できる書類が必要となります。（非）課税証明書の場合は「収入額」が明らかになっているかご確認ください。

■ 記入上の注意

- <注1> 収入申告欄には、前年（1月から8月に医療機関等で受診されるときは前々年）の収入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（障害または遺族に係る年金・恩給等、戦没者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> 市町村住民税を課されているかにかかわらず、70歳以上の被保険者及び被扶養者それぞれの収入額を給与・公的年金・その他の収入に分けてご記入ください。
- <注3> 虚偽の申告を行い、世帯の収入金額が基準に該当し、負担区分が現役並み所得者（3割負担者）から一般（1割または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給付額の一部を徴収することもあります。