

常務理事	事務長	第1課長	第2課長	適用係	給付係

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		000	番	号	0000
被 保 険 者	氏名	健保 太郎		性別	(男) ・ 女
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ (昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
対 象 者	氏名	健保 愛子		性別	男 ・ (女)
	生年月日	昭和 〇〇年 7月 1日			
	住所	〒000-0000 〇〇県〇〇〇市〇〇町1-1			
現在所持している 高齢受給者証の 発効年月日		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

収入の種類	被保険者氏名		被扶養者氏名		被扶養者氏名	
	健保 太郎		健保 愛子			
	有無	収入額	有無	収入額	有無	収入額
給与、賞与等収入 (パート収入等含)	有・(無)	0 円	有・(無)	0 円	有・無	円
公的年金 (老齢基礎年金、老齢基礎年金、 退職共済年金、老齢年金、退職年 金など)	(有)・無	〇〇〇万 円	(有)・無	〇〇〇万 円	有・無	円
その他の収入		0 円		0 円		円
個人計		〇〇〇万 円		〇〇〇万 円		円
				合 計		〇〇〇万 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(2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1割または、高額療養費の自己負担限度額が「一般」(平成18年9月以降で経過措置の対象者の場合)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 事業所名称 事業主氏名 電話	平成 年 月 日提出
	〒
	印

受付印

社会保険労務士の提出代行者印
印

《申請の対象となる方》

- ① 70歳以上の被保険者(老人医療の対象者除く)又は70歳以上の被保険者(65歳以上の老人医療対象者を含む)に扶養されている(老人医療対象者除く)の方のうち、2割の健康保険高齢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次の<基準となる収入額>に満たない場合は、基準収入額適用申請書を健康保険組合まで申請をしていただくと医療機関における一部負担割合1割となります。
- ② 平成18年9月の基準額の見直しにより負担割合が2割となる70歳以上の方で次の<基準となる収入額>に該当する方は、申請により、高額療養費の自己負担限度額が「一般」に据え置かれます。

<基準となる収入額>	平成18年8月まで	平成18年9月以降
○70歳以上の被扶養者を有する場合	: 621万円未満	→ 520万円未満
○70歳以上の被扶養者を有しない場合	: 484万円未満	→ 383万円未満
<高額療養費の自己負担限度額を「一般」並みに据え置く措置に該当する方の基準額>		
○70歳以上の被扶養者を有する場合	: 520万円以上621万円未満	
○70歳以上の被扶養者を有しない場合	: 383万円以上484万円未満	

【 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下さい。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歳以上の被保険者および被扶養者(65歳以上で老人医療の障害認定を受けている方も含む)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> 一部負担金割合が2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、公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の控の写し等の収入額の確認できる書類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4> 虚偽の申告を行い、世帯の収入金額が基準額を下回り、負担区が一定以上所得者(2割負担者)から一般(1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。

