

常務理事	事務長	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

対象となる収入が裏面の<基準収入額>を超えている場合は、提出不要です。

被保険者証の記号		番 号	
被保険者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和 年 月 日	
申請対象者	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

	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	氏 名	氏 名
収入の種類	有 無	収入額	有 無	収入額	有 無	収入額
給与・賞与等収入 <small>（パート収入等含む）</small>	有・無	円	有・無	円	有・無	円
公 的 年 金 <small>（老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、退職年金等）</small>	有・無	円	有・無	円	有・無	円
そ の 他 の 収 入 <small>（配当、不動産、事業収入、個人年金等）</small>	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。

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	令和 年 月 日提出 〒
	()
	社会保険労務士の提出代行者欄

受付印

【申請の対象となる方】

次のア～ウの方のうち、3割の健康保険高齢受給者証を所持している方で、対象となる収入が下記の＜基準収入額＞に満たない場合は、基準収入額適用申請の手続きにより医療機関における一部負担金の割合が3割から2割となります。

- 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、旧被扶養者を有している方

＜基準収入額＞

- 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）
- 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）
- 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）

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、健康保険の被扶養者でなくなった方をいいます。（65歳から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。）

【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
- 収入申告欄に記入された全員分の**収入金額**の確認ができる書類
 - ※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。

【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（障害または遺族年金（恩給）、健康保険法等の傷病手当金、雇用保険法の失業給付など）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歳以上で後期高齢者医療制度の障害認定を受けている方も含む）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> 虚偽の申告により、医療機関における一部負担区分が現役並み所得者（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。
- <注4> 誤記があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（フルネーム）をご記入ください。

