

# 健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

下記の通り収入の額を申告し、関係書類を添えて申請をします。

被保険者証の記号	1	番号	1234△
被保険者	氏名	健保 太郎	
	生年月日	昭和 ○○ 年 △ 月 × 日	
	住所	東京都台東区松が谷 1-9-12 701号室	
現在使用している高齢受給者証の発効年月日		平成 30 年 ○ 月 × 日	

< 70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄 >

令和 元 年の収入	被保険者氏名	被扶養者氏名		被扶養者氏名	
	健保 太郎	健保 康子	収入	有・無	収入
公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金等)	750,000 円	450,000 円			円
給与・賞与等収入 (パート収入等含む)	3,360,000 円	500,000 円			円
その他の収入 ( 自営業収入 )	円	230,000 円			円
個人小計	4,110,000 円	1,180,000 円			円
		合計			5,290,000 円

## ■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(65歳以上で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) 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、確定申告書の写し等の収入額の確認できる書類を添付してください。

.....受付日付印.....

上記の通り被保険者から申請がありましたので提出します。	
年 月 日提出	
事業所在地	記入不要(事業主が記入します)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

マルハン健康保険組合