

健康保険 高齢受給者基準収入額適用申請書

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日
	氏名	フリガナ		
	住所	〒 都 道 府 県		

対 象 者	氏名	生年月日	現在所有している高齢受給者証の発効年月日
		昭和 年 月 日	令和 年 月 日

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄							
対象者氏名 収入の種類		被保険者		被扶養者氏名		被扶養者氏名	
		収入の有無と収入額		収入の有無と収入額		収入の有無と収入額	
年 度 の 収 入	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・厚生年金、企 業年金、共済年金等)	☐ 有 ☐ 無	円	☐ 有 ☐ 無	円	☐ 有 ☐ 無	円
	その他の収入 ()	☐ 有 ☐ 無	円	☐ 有 ☐ 無	円	☐ 有 ☐ 無	円
	個人合計	円		円		円	
	総合計	円		※ 収入基準額等の詳細は別紙をご確認ください。			

上記の通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（3割）の交付日より14日以内の届出が必要です。

14日を越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になりますのでご注意ください。

事 業 主 欄	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。			年 月 日提出
	〒		TEL	
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄					受付日付印	
健保組合使用欄（以下は記入しないでください）						
常務理事	事務長	課長	係長	係		
					基準収入額	該当・不該当
					高齢受給者証交付	有 ・ 無

(別紙)

70歳以上の被保険者本人と70歳以上の被扶養者の方の収入合計額が以下の一定額に満たない場合には、この申請書にて健康保険組合に申請されますと保険医療機関の窓口にて2割のご負担となります。

＜＜基準収入額＞＞

- ・ 70歳以上の被扶養者を有する方 : 520万円未満
- ・ 70歳以上の被扶養者を有しない方 : 383万円未満

【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、災害弔慰金等）は除きます。

＜注2＞ 市区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「給与、賞与等収入」「公的年金」「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3割と記載された健康保険高齢受給者証の写しと、収入申告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、負担区分が一定以上所得者から一般となった場合には、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。

※ 収入基準申請により2割負担となった方の高齢証の有効期限は、直近の8月末日です。
2割負担を継続する場合は、毎年8月31日までに再申請してください。
申請がない場合には3割負担に変更になります。

収入額の確認できる書類について

申請書に添付するのは前々年収入のわかる書類（例：(非)課税証明書）

申請書に添付するのは前年収入のわかる書類（例：(非)課税証明書）

① 1月～8月

② 9月～12月

医療機関の受診時期

例) 令和4年に申請する場合

① 医療機関の受診時期が「令和4年1月～8月」

→ 令和3年度(非)課税証明書 (令和2年中の収入が記載されたもの)

② 医療機関の受診時期が「令和4年9月～12月」

→ 令和4年度(非)課税証明書 (令和3年中の収入が記載されたもの)