

資格確認	同年月日	令和	年	月	日
	資格	取得	年	月	日
		喪失	年	月	日
被扶養者資格		有 ・ 無			

決定伺い	常務理事	事務長	担当者

健康保険 高齢受給者基準収入額適用申請書

* 記入上の注意は裏面に書いてありますのでよく読んで下さい。

健康保険被保険者の証	記号		番号		
被保険者	氏名			性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
対象者	氏名			性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
	住所	〒			
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・被扶養者等の収入申告

収入の種類		被保険者氏名		被扶養者等氏名	
		収入の有無	収入額	収入の有無	収入額
勤労収入	給与・賞与等 パート収入含む	有	円	有・無	円
公的年金	高齢基礎年金・高齢厚生年金、退職共済年金、高齢年金、退職年金等	有・無	円	有・無	円
その他の収入 <small>(年金・給与以外の収入)</small>	不動産収入 事業所得 など () 収入 () 収入	有・無	円	有・無	円
個人合計			円		円
		合計金額			円

静岡県自動車整備健康保険組合

上記の通り収入額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者証基準収入額適用の申請をします。

確認	下記の要件を満たしている場合は被保険者氏名欄の印を省略できますので確認欄にチェックをして下さい。
<input type="checkbox"/>	※ この届出については、①又は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。

令和 年 月 日提出

受 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。	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
事業所電話番号	()

資格確認	同年月日	令和	年	月	日
	資格	取得	年	月	日
		喪失	年	月	日
被扶養者資格		有・無			

決定伺い	常務理事	事務長	担当者

健康保険 高齢受給者基準収入額適用申請書

健康保険被保険者の証	記号	123	番号	123	
被保険者	氏名	健保 太郎		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和	42年	2月	7日
対象者	氏名	健保 静夫		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和	25年	3月	22日
	住所	〒123-4567 ○○市○○区○○町4-5-6			
現在所持している高齢受給者証の発効年月日	平成・令和		3年	4月	1日

70歳以上の被保険者・被扶養者等の収入申告

収入の種類		被保険者氏名		被扶養者等氏名	
		収入の有無	収入額	収入の有無	収入額
勤労収入	給与・賞与等 パート収入含む	有	4,500,000 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、老齢年金、退職年金等	有・無	1,800,000 円	有・無	1,300,000 円
その他の収入 (年金・給与以外の収入)	不動産収入 事業所得 など () 収入 () 収入	有・無	円	有・無	円
個人合計		6,300,000 円		1,300,000 円	
		合計金額		7,600,000 円	

上記の通り収入額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者証基準収入額適用の申請をします。

確認	下記の要件を満たしている場合は被保険者氏名欄の印を省略できますので確認欄にチェックをして下さい。
<input checked="" type="checkbox"/>	※ この届出については、①又は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。

令和 3年 3月 31日提出

受付印

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。	
事業所所在地	〒123-4567 ○○市○○区○○町1-2-3
事業所名称	○○○○ 株式会社
事業主氏名	代表取締役 ○○ ○○
事業所電話番号	123-456-7890

* 記入上の注意は裏面に書いてありますのでよく読んで下さい。

静岡県自動車整備健康保険組合

70歳以上の被保険者及び被扶養者の収入の合計額が以下の一定額に満たない場合には、この申請書を健康保険組合に申請すれば保険医療機関等の窓口において2割の負担となります。

- | | | |
|--------------------|---|---------|
| ○ 70歳以上の被扶養者がいる場合 | ： | 520万円未満 |
| ○ 70歳以上の被扶養者がいない場合 | ： | 383万円未満 |

上記の基準額を超えるため3割となる場合であっても、後期高齢者医療制度の被保険者等になったため当健康保険組合の被扶養者でなくなった方がいる場合は、その方と今回該当者の合計収入額が以下の範囲内である場合は、申請すれば保険医療機関等の窓口において2割負担となります。

- | | | |
|-----------------------|---|---------|
| ○ 後期高齢者に該当した被扶養者がいた場合 | ： | 520万円未満 |
|-----------------------|---|---------|

※ 後期高齢者医療制度の被保険者等となったため被扶養者でなくなった方については、被扶養者でなくなった日の属する月以後5年を経過するまでの間に限ります。

【記入上の注意】

- 注1. 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（70歳以上の被扶養者がいない方については、後期高齢者医療制度の被保険者等となったことにより被扶養者でなくなった者）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下さい。
- 注2. 収入申告欄には、前年（1月から8月までの間にこの申請をされるときは前々年）の収入の額をすべて記入して下さい。
但し、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、公的年金等の源泉徴収票、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下さい。
なお、収入を確認できる書類を所持してなく、且つ、収入額を証明する書類の発行ができない収入については添付不要です。
※ 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. 申請期限経過後に申請された場合は、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留意下さい。
- 注5. 虚偽の申請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（3割負担者）から一般（2割負担者）となった場合は、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。

* 収入の額について *

