

常務理事	業務部長	課長	係長	係

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・平成・令和	年 月 日
対 象 者	氏 名		続 柄
	生年月日	昭和	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・旧被扶養者(※1)の収入申告欄(★欄は旧被扶養者を有する場合のみ記入)

	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	
			いずれかに○をしてください。 被扶養者・旧被扶養者 ★(被扶養者でなくなった日) 平・令 年 月 日		いずれかに○をしてください。 被扶養者・旧被扶養者 ★(被扶養者でなくなった日) 平・令 年 月 日	
収入の種類	有・無 ※2	収入額(年額) ※3	有・無 ※2	収入額(年額) ※3	有・無 ※2	収入額(年額) ※3
給与・賞与等収入 (パート収入等含む)	有・無	円	有・無	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・退職年金等)	有・無	円	有・無	円	有・無	円
その他収入 ※4 ()	有・無	円	有・無	円	有・無	円
個人小計	①	円	②	円	③	円
				合計(①+②+③)	円	

※1 「旧被扶養者」については、別紙をご参照ください。

※2 「有」「無」のいずれかに○印をつけてください。

※3 「所得額」ではなく「収入額」を記入してください。

※4 その他の収入がある場合は、その種類を()内に記入してください。

◎ 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になりますのでご注意ください。

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。

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。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()

受付年月日

(別紙)

【申請の対象となる方】

次の①～③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(※1)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。

- ① 70歳以上の被保険者の方
- ② 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
- ③ 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(※2)を有している方

「基準収入額」

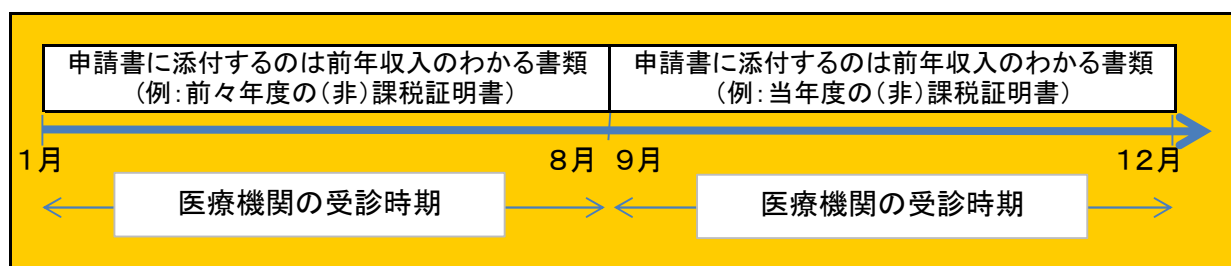
- 70歳以上の被扶養者を有しない場合 : 383万円未満(被保険者のみの収入額)
- 70歳以上の被扶養者を有する場合 : 520万円未満(被保険者と被扶養者の合計収入額)
- 70歳以上の旧被扶養者を有する場合 : 520万円未満(被保険者と旧被扶養者の合計収入額)

(※1)対象となる収入 … 9月～12月に医療機関で受診されるときは「前年の1～12月の収入」
1月～8月に医療機関で受診されるときは「前々年1～12月の収入」

(※2)旧被扶養者 … 後期高齢医療制度の被保険者に該当したため、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。)

【添付書類】

- 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⑤、給与源泉徴収票⑤、確定申告書の控⑤等を添付してください。
※ 前年の収入額に基づいたその年の(非)課税証明書は、その年の6月以降に市区町村にて発行されます。
※ 添付書類は「所得額」ではなく「収入額」の確認できる書類が必要となります。(非)課税証明書の場合は、「収入額」が明らかになっているかご確認ください。



【注意事項】

- 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。
- 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。
- 毎年申請する必要がありますのでご注意ください。

ご提出・お問い合わせ先

※申請書は郵送、もしくは直接健保窓口にご提出ください。

〒111-0052
東京都台東区柳橋1-1-4
東日本プラスチック健康保険組合 適用係
Tel 03(3862)1055