

健康 保 理 欄	常務理事	事務長	グループ長	係	備 考					
						【標準報酬月額 千円】				
	負担割合	2割・3割		70歳以上の被扶養者	有・無					
			収入額							円

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者証の 記号・番号		(記号)	(番号)	事業所名		
被 保 険 者	氏 名				性別	男・女
	生 年 月 日	昭和 年 月 日				
現在所持している高齢 受給者証の発効年月日		令和 年 月 日				

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

		被 保 険 者 氏 名	被 扶 養 者 氏 名	被 扶 養 者 氏 名		
		収 入 額	有・無	収 入 額	有・無	収 入 額
令 和 年 の 収 入	年金 (老齢厚生年金、国民 年金、退職共済年金、 退職年金、企業年金、 個人年金等)	円		円		円
	給 与 (パート収入等含)	円		円		円
	年金・給与以外の収入 ()収入	円		円		円
	合 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。

この申請書は高齢受給者証の収入額が基準収入内である場合、申請により負担割合を2割に変更するための申請書です。

対象となる収入額が基準収入額を超えている場合は、申請不要です。

該当する方は必要事項を記入のうえ関係書類と現在お持ちの高齢受給者証をそえて事業主を経由して申請してください。

【収入申告欄の記入方法について】

70歳以上の被保険者および被扶養者の収入申告欄には公的年金・給与・その他収入の金額をそれぞれご記入ください。

(退職金、遺族年金、障害年金、傷病手当金、失業給付金等は収入に含まれません)

【添付書類について】

1. 市町村の発行する所得証明書または(非)課税証明書(収入申告欄にご記入された全員分)
2. 確定申告をされている方は確定申告書の写し

【留意事項】

1. 月末までに申請書を当組合で受付け、収入の合計額が基準収入額に満たないと確認された方については受付月の翌月1日から負担割合を2割と表記した「健康保険高齢受給者証」を事業主を経由してお届けします。
2. 高齢受給者証の収入基準は1月～8月に該当になる方は前々年の収入、9月から12月に該当になる方は前年の収入で決定します。
3. 虚偽の申請に基づき取得した2割の高齢受給者証により医療機関等で受診された場合には、不正行為による受給として給付額の一部を徴収することがあります。

基準収入額	70歳以上75歳未満の被保険者・被扶養者の合計収入額	520万円未満
	70歳以上75歳未満の被扶養者がいない場合	383万円未満
(ただし5年以内に後期高齢者医療の被保険者となったため被扶養者でなくなった人がいる場合は520万円)		

令和 年 月 日提出	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	()

お問い合わせ先
セキスイ健康保険組合 適用係 電話 06(6226)1462