

健 保 処 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					

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者の記号・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・平成 年 月 日				
対 象 者	氏 名				性別	男 ・ 女
	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	有・無
令 和 年 の 収 入	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)	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。

- 〈注意1〉 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
- 〈注意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のそれぞれの収入額を公的年金・給与・その他収入に分けてご記入ください。
- 〈注意3〉 収入額は、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。）
- 〈注意4〉 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所得証明書または（非）課税証明書を添付していただき、自営の方は確定申告書と収支内訳書の写しも添付してください。
なお、収入額を確認できる書類を所持してなく、かつ、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。

左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 資格係 電話 06(6226)1462
