

健保組合	
取扱	決定

高齢受給者基準収入額適用申請書

所属コード	所属	本店・本部 支社 会社	課・室・G 営業部
被保険者証の 記号・番号			
被 保 険 者	氏名		生年月日 昭和 年 月 日
	連絡先	— —	(日中に連絡が取れる電話番号)

70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

		被保険者本人	被扶養者(旧被扶養者 [※])
氏 名		同上	
生 年 月 日		同上	昭和 年 月 日
令 和 年 の 収 入	給与 (パート収入等含む)	円	円
	公的年金(老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職(共済)年金、企業年金、個人年金等)	円	円
	その他の収入 配当・不動産・事業収入・一時収入等	円	円
	合 計	① 円	② 円
世帯の収入合計①+②		円	円

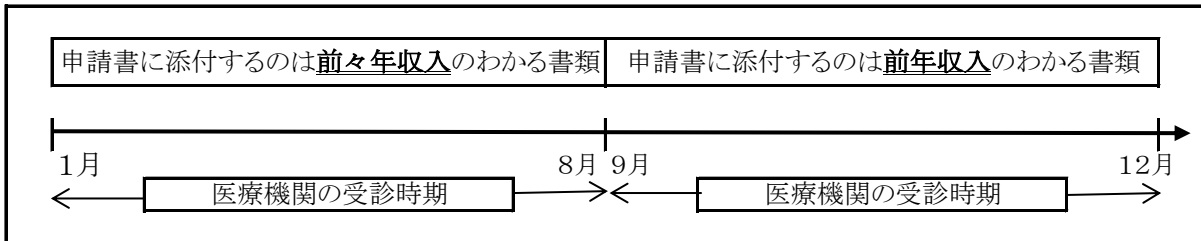
※ 旧被扶養者とは、後期高齢医療制度の被保険者となったことにより、日本生命健康保険の被扶養者でなくなってから5年以内の方をいいます。

《この申請書に添付していただく書類》

- 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、確定申告書(控)の写し等を添付してください。
※給与・公的年金以外の雑所得がある場合は、その収入金額が分かる支払い証明書も提出してください。

《対象となる収入》

- 9月から12月に医療機関で受診されるときは『前年の収入』
- 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』



《記入上の注意》

- 市区町村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。