

	常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	係

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		-	事業所名称				
被保険者	氏名				(印)	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日					
対象者	氏名				(印)	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行年月日		平成 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
平成 年度の 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。

【留意事項】

- 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。
- 市町村民税を課されているか、否かに係らず、70歳以上の被保険者及び被扶養者方、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ください。
- 収入額はすべてご記入下さい。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、災害弔慰金など）は除きます。
- 収入の欄に記載した金額の証明できる市町村長の発行する（非）課税証明書、市民税・県民税特別徴収税額通知書、公的年金等源泉徴収票、給与所得源泉徴収票、確定申告書（写）等収入額の確認できる書類を添付してください。
- 収入判定の申請は、事業主経由ではなく、被保険者が直接、伊藤忠連合健康保険組合に行ってください。（被保険者が事業主経由での申請を希望する場合に限り、下記事業主の証明が必要です）

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 日提出		受付年月日	
事業所所在地			
事業所名			
事業主氏名			(印)
電話			()

伊藤忠連合健康保険組合