

# 健康保険高齡受給者基準収入額適用申請書

西武健康保険組合理事長 殿

No. \_\_\_\_\_

健康保険被保険者証の		記号	番号		昭和 平成 年 月 日		性別	男・女	健保組合
被保険者の氏名・印		生年月日		平成・令和 年 月 日				事務理事	
現在所持している高齡受給者証の発行年月日		平成・令和 年 月 日						事務長	
70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄									
被保険者・被扶養者の氏名	続柄	収入の有無	平成・令和 年の収入				合計		
			※公的年金	給与 (パート収入等含)	年金・給与以外の収入 ( )収入				
	本人	有・無	円	円	円	円			
		有・無	円	円	円	円			
		有・無	円	円	円	円		取扱者	
			総合計		円				
※公的年金…老齡基礎年金、老齡厚生年金、退職共済年金、老齡年金、退職年金等 —記入上の注意点— ◎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(後期高齡者医療の被保険者になったことにより被扶養者でなくなった方も含む)それぞれ収入額を公的年金・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ください。ただし、退職金およ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区町村役場の発行する所得証明書を添付してください。 ◎後日、再調査が必要な為、追加で書類をお願いすることがあります。									
事業主の証明		所在地		令和 年 月 日				事業所	所属
		事業主の氏名							

健保受付年月日 T21202105