

健康保険高齢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	110	番号	12345-00	健保組	合
被保険者の氏名・印	西武 太郎		生年月日	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日	性別	男・女
現在所持している高齢受給者証の発行年月日				平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		事務長
70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄						
平成・令和 〇〇年の収入						
被保険者・被扶養者の氏名	続柄	収入の有無	※公的年金	給与 (パート収入等含)	年金・給与以外の収入 ()収入	合計
西武 太郎	本人	有	2,003,255 円	625,250 円		2,628,505 円
西武 花子	妻	有	1,700,750 円	322,500 円		2,023,250 円
		有・無	円	円	円	円
				総合計	4,651,755 円	
※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 —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(後期高齢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			令和 〇 年 〇 月 〇 日		事業所	所属
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いたします。					(印)	(印)
所在地 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1						
名称 ○○○○株式会社						
事業主の氏名 ○ ○ ○ ○ ○					(印)	(印)

健保が指定した年度を記入

健保が指定した年度の所得証明書を見ながら記入

70歳以上の被扶養者がいる場合は記入

合計額を記入

提出年月日を記入

健保受付年月日 T21202105

本社担当者および
本社責任者が押印

所属担当者および
所属責任者が押印