常務理事	事務長	担当者	

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

下記のとおり収入の額を申告し、関係書類を添えて申請します。

被保険者	記号・番号	5101・ ××××	事業所名称	任 意 継 続
	氏　名	健 保　太 郎	生年月日	昭和××年××月 ××日
	住　所	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇		

70 歳以上の被保険者及び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	
	同上		健 保　花 子			
	生年月日	同上	生年月日	昭和 ××年××月××日	生年月日	昭和 年　月　日
収 入 の 種 類	収 入 額		収 入 額		収 入 額	
公的年金 （老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、退職年金等）	☑有 ☐無	2，302，513 円	☑有 ☐無	774，299 円	☐有 ☐無	円
給与・賞与等収入 （パート収入含む）	☐有 ☑無	円	☐有 ☑無	円	☐有 ☐無	円
その他の収入 (　　)収入	☐有 ☑無	円	☐有 ☑無	円	☐有 ☐無	円
個 人 小 計		2，302，513 円		774，299 円		円

合　計	3，076，812　円

〈注１〉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方の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。

〈注２〉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。

■この申請書に添付していただく書類■

市区町村長の発行する(非)課税証明書、公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書控えの写し等収入申告欄に記入された全員分の収入金額の確認できる書類

令和××年××月××日提出

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。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	事 業 所 記 入 欄 任意継続被保険者が申請する場合はブランク

受付日付印