

基準収入額適用申請書
(高齢受給者証負担割合変更申請)

常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-			被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入		
	氏名				被保険者の マイナンバー	※ 注4 - -	
	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	申請年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - TEL - -					

交付が必要な対象者に☑チェックを入れ、必要事項を記入してください。

対 象 者 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者	同上	被 保 険 者 と の 続 柄	被保険者 本人	生 年 月 日	同上
	<input type="checkbox"/>	被 扶 養 者	フリガナ 氏名				
	対象者が被保険者の場合、被扶養者も高齢受給者証の対象者ですか？						

被保険者が70歳以上の場合、下記を記入し、該当する年度の非課税証明書を添付してください。

添 付 書 類	対象期間①	令和 年 月 診療 ~ 令和 年 月 診療 の間					
	非課税証明書	令和 年度 (令和 年分)	左の証明書の 収入総額				円
	対象期間②	令和 年 月 診療 ~ 令和 年 月 診療 の間					
	非課税証明書	令和 年度 (令和 年分)	左の証明書の 収入総額				円
	(注5)マイナンバー情報連携による被保険者の 市町村住民税非課税証明書の省略を希望しますか	1.はい 2.いいえ	1月1日現在の 住民票住所	〒 -	市区 町村		

被保険者も被扶養者も70歳以上の場合、下記も記入し、該当する年度の非課税証明書も添付してください。

被 扶 養 者	非課税証明書 ①	令和 年度 (令和 年分)	左の証明書の 収入総額				円
	非課税証明書 ②	令和 年度 (令和 年分)	左の証明書の 収入総額				円
	(注5)マイナンバー情報連携による被扶養者の 市町村住民税非課税証明書の省略を希望しますか	1.はい 2.いいえ	1月1日現在の 住民票住所	〒 -	市区 町村		

【注意
事項】

- この届は、被保険者が70歳以上で、①被扶養者がいない被保険者で年収額が383万円未満の方、②被扶養者や5年前までに後期高齢者医療制度に移行した元被扶養者がいる被保険者で世帯年収が520万円未満の場合に申請してください。(医療費等の窓口負担割合が3割から2割に変更されます。)
- 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。(修正テープ使用不可)
- 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に☑を記入してください。
- 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
- 高齢受給者証対象の1月～8月診療分については、前々年の収入がわかる被保険者(1.-②の場合は被扶養者も)の所得証明書を、9月診療分以降については、前年の収入がわかる所得証明書を添付してください。