

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
記入不可			

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 9123456		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	健康 三郎		被保険者の マイナンバー	※ 注4 - -
	生年月日	5	5.昭和 7.平成 29年10月20日	申請年月日	令和7年6月1日
	住民票住所	〒 111 - 2222 Tel 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町7丁目8番9号			

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 checked="" type="checkbox"/>	被保険者	同上	被 保 険 者 と の 続 柄	被保険者 本人	同上	生 年 月 日	昭和 年 月 日	
	<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？							2	1.はい 2.いいえ

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 6 年 1 月 診療 ~ 令和 6 年 8 月 診療 の間					
	非課税証明書	令和 5 年度 (令和 4 年分)	左の証明書の 収入総額	213,700 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 市町村民税非課税証明書の省略を希望しますか	<input checked="" type="radio"/> 1.はい <input type="radio"/> 2.いいえ	1月1日現在の 住民票住所	〒 111 - 2222 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町			

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)		
	(注5)マイナンバー情報連携による被扶養者の 市町村民税非課税証明書の省略を希望しますか	マイナンバー情報連携による添付資料の省略を希望された場合、 診療月が属する年の1月1日現在の住民票住所を記入してください。 (例) 令和6年12月診療 ⇒ 令和6年1月1日現在 令和7年2月診療 ⇒ 令和7年1月1日現在 記入は市区町村までで、番地等は不要です。		

- 【注意
事項】
- この届は、被保険者が70歳以上で、①被扶養者がいない後に後期高齢者医療制度に移行した元被扶養者がいる被扶養者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。