

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	123 - 1234567		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 太郎		被保険者の マイナンバー	※ 注 6 - -
	生年月日	5	5.昭和 7.平成 45 年 4 月 1 日	申請年月日	令和 8 年 8 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1丁目2番3号 〇〇マンション405号室			

70歳以上の被保険者・被扶養者・旧被扶養者の収入申告欄		被保険者欄	被扶養者（旧被扶養者）欄①	被扶養者（旧被扶養者）欄②	
	氏 名	同上	健康 花子		
	生年月日	同上	昭和50年9月10日		
	続柄	本人	妻		
	収入の種類	給与・賞与等 収入の金額	2,000,000	0	
		公的年金収入 の金額	0	1,500,000	
		その他の収入 の金額	0	1,000,000	

上記のとおり申請がありましたので届出します。
この申請は、事業主の証明が必要です。 (※任意継続被保険者の方は除く) 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

【注意事項】

1. この申請は、被保険者が70歳以上で下記に該当する場合に申請ください。（医療費の窓口負担割合が3割から2割に変更されます。）
- ①70歳以上の被扶養者がいない被保険者で年収額が383万円未満の場合
- ②70歳以上の被扶養者や、後期高齢者医療制度に移行したことにより被扶養者でなくなってから5年が経過していない者（旧被扶養者）がおり、被保険者との合計年収額が520万円未満の場合
2. 1月～8月診療分については、前々年の収入を記入し、9月～12月診療分については、前年の収入をご記入ください。
3. 記入した収入が確認できる書類（該当年の所得証明書や確定申告書等）を全て添付ください。
4. 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署ください。（修正テープ使用不可）
5. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーをご記入ください。
6. 医療費の窓口負担割合変更は3割負担となってから14日以内に申請があった場合を除き、申請があった月の翌月から適用となります。