

※ 健 保 決 裁 欄			

## 健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者証の記号		番 号	
被 保 険 者	氏 名	性別 男 ・ 女	
	生年月日	(和暦) 年 月 日	
被 扶 養 者	氏 名	性別 男 ・ 女	
	生年月日	(和暦) 年 月 日	
	住 所		
現在、所持している高齢受給者証の有無および発行年月日		有 ・ 無	(和暦) 年 月 日

### 70歳以上の被保険者・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
		収 入 額	有 ・ 無 収入額	有 ・ 無 収入額
年 間 の 収 入	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、 共済年金 等)	円	円	円
	給 与 (パート収入等含む)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 ( ) 収入	円	円	円
確認欄	<input type="checkbox"/> ①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。 この届出については①または②の要件をみたしたものである <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <small>※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合</small>		合 計	円

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をします。

- [注1] 市町村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] 収入の欄に記載した金額の証明できる市区町村の発行する(非)課税証明書、公的年金等源泉徴収票のコピー、給与源泉徴収票のコピー、確定申告書・収支内訳書等のコピー等の収入額の確認できる書類を添付してください。(年金もなく、他に何も収入がない場合は非課税証明書を添付してください。)

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。	
(和暦) 年 月 日提出	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	

受 付 日 付 印

※ 健 保 決 裁 欄			

## 健康保険高齡受給者基準収入額適用申請書

被保険者証の記号		1100	番 号	××00	
被 保 険 者	氏 名	健保 樫太		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	生年月日	(和暦) 年 月 日			
押印は不要ですが自署でご記入ください。					
被 扶 養 者	氏 名	健保 樫子		性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	(和暦) 年 月 日			
	住 所	東京都〇〇区〇〇1-2-3			
現在、所持している高齡受給者証の有無および発行年月日		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	(和暦)	年	月 日

### 70歳以上の被保険者・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
			健保 樫子	
		収 入 額	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 収入額	有 ・ 無 収入額
年 間 の 収 入	公的年金 (老齡基礎年金、老齡厚生年金、 共済年金 等)		600,000 円	
	給 与 (パート収入等含む)		400,000 円	
	年金・給与以外の収入 ( ) 収入			
		合 計	1,000,000 円	

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合



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齡受給者基準収入額適用の申請をします。

- [注1] 市町村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] 収入の欄に記載した金額の証明できる市区町村の発行する(非)課税証明書、公的年金等源泉徴収票のコピー、給与源泉徴収票のコピー、確定申告書・収支内訳書等のコピー等の収入額の確認できる書類を添付してください。(年金もなく、他に何も収入がない場合は非課税証明書を添付してください。)

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。	
	(和暦) 年 月 日提出
<b>事業主の人事担当者は事業主の社判のゴム印 は 押印お願い致します。</b>	

受付日付印

## 高 齢 受 給 者 証

### ～高齢受給者証について～

高齢受給者に該当される方につきましては収入の状況などにより

1割から3割のいずれかの一部負担金の割合が記載された高齢受給者証が  
交付されます。

※ 高齢受給者とは・・・70歳以上75歳未満の方。ただし、後期高齢医療制度  
の対象になっている方（一定障害がある満65歳以上）は除く。

### ～高齢受給者証の交付時期および使用開始日について～

交付要件	交付期間	使用開始日
被保険者及び被扶養者が 70歳になった時	70歳の誕生日 (誕生日が1日の場合は 前月)	70歳の誕生日の翌月の1日 (誕生日が月の初日の場合 は誕生日)
70歳以上の方が被保険者 となった時	その都度交付	被保険者となった日
70歳以上の方が被扶養者 として認定された時		認定日 (被扶養者となった日)

### ～一部負担金の割合～

高齢受給者証の一部負担金の割合は以下の表のとおりです。

(3ページの自己判定チャートでご確認ください)

該当者が70歳以上 の <b>被保険者</b>	標準報酬月額※1が28万円未満	標準報酬月額※1が28万円以上	
	1割または2割※2	3割	
被保険者が70歳以 上の <b>被扶養者</b>	「70歳未満の被保険者」 の被扶養者の方	「70歳以上の被保険者」の被扶養者の方	
		被保険者の標準報酬月額※1が 28万円未満	被保険者の標準報酬月額※1が 28万円以上
	1割または2割※2	1割または2割※2	3割

※1 標準報酬月額について

被保険者が事業主から受ける毎月の給与などの報酬の月額を区切りのよい幅で区分したもの。（詳しくは別紙参照）

※2 1割または2割

誕生日が昭和19年4月1日生まれ以前の方は、一部負担金等の軽減特例措置により1割

(ただし、75歳以上の被保険者及び被扶養者の一部負担金は2割)

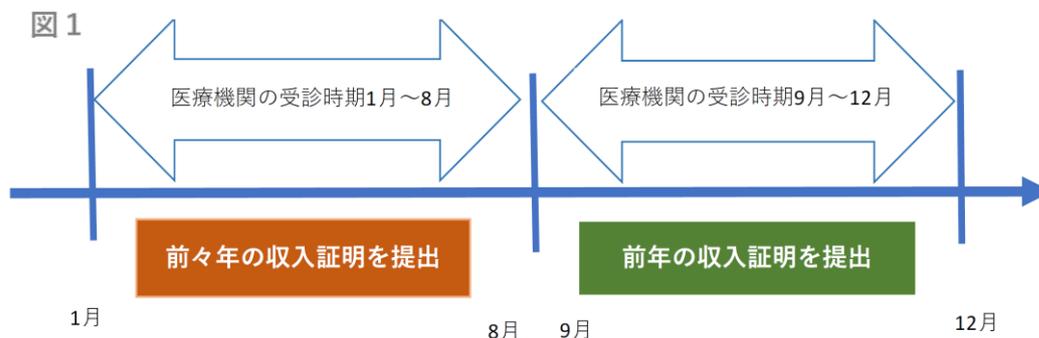
誕生日が昭和19年4月2日生まれ以降の方は2割

## ～高齢受給者証基準収入適用申請について～

申請書類	高齢受給者証基準収入額適用書
添付書類	前年の収入額(または前々年の収入) が確認出来る書類 ・ (非) 課税証明書 ・ 公的年金振込通知書または決定通知書のコピー ・ 給与明細コピーまたは給与額証明書 ・ 確定申告書のコピー など収入額を確認できる書類

申請書にご記入の上、前年あるいは前々年の収入額(※1) を添付し勤務先の人事総務担当者にご提出ください

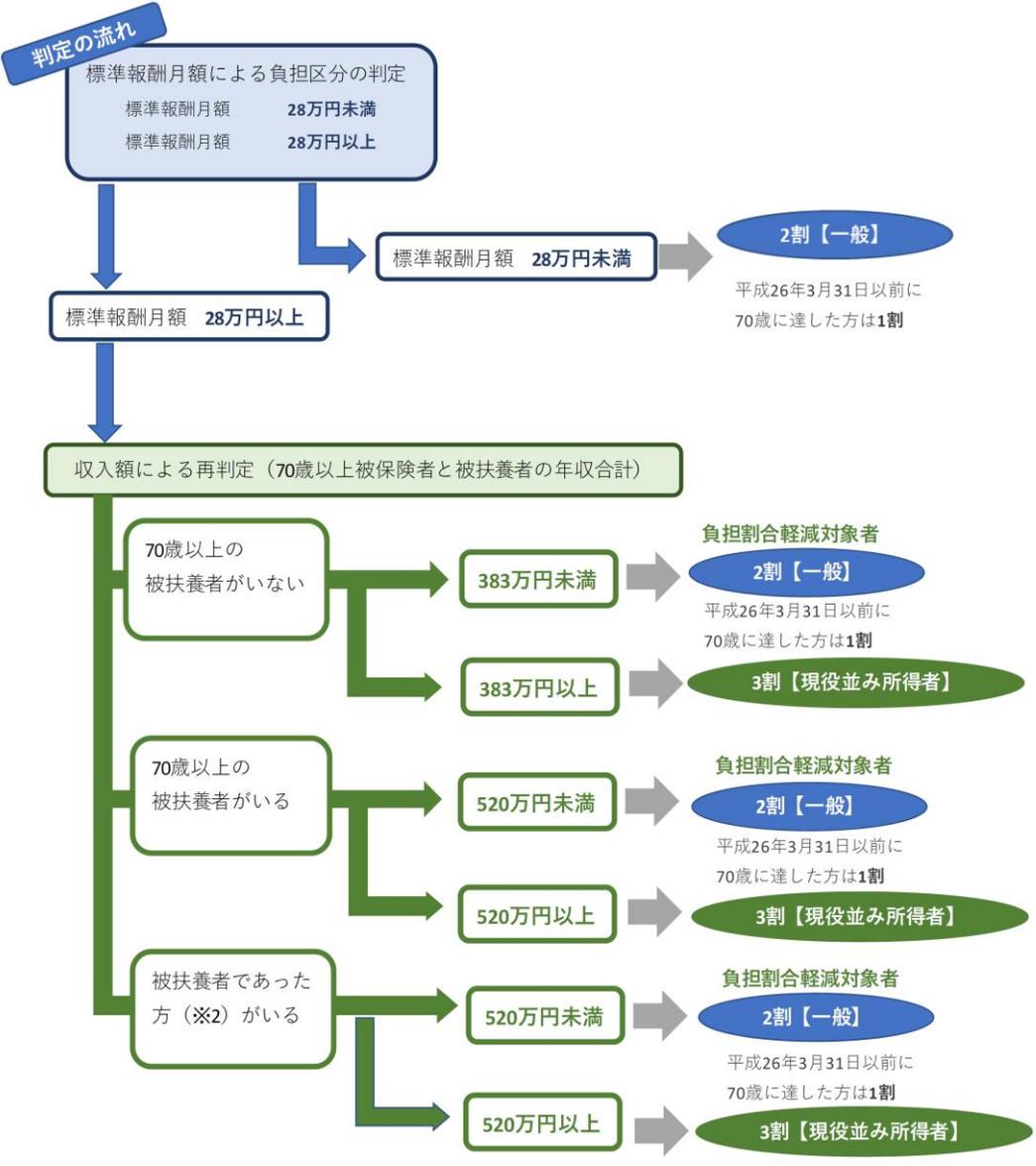
※1 この収入額は前年(診療が1～8月の場合は前々年)の所得税法上の金額が対象(図1参照)



## ～高齢受給者証の返却について～

- 1、高齢受給者証の有効期限が切れた時
- 2、後期高齢者医療の対象者に該当した時
- 3、退職などにより資格喪失した時
- 4、異動などにより保険証の番号が変わった時
- 5、標準報酬月額の変更により窓口負担割合が変わった時

## 70歳以上75歳未満の医療費の自己負担割合判定チャート



※2：被扶養者であった方とは・・・後期高齢医療制度の被保険者になったことによりカシオ健保の被扶養者でなくなった方で、継続して後期高齢者医療制度の被保険者である方。  
但し、カシオ健保の被扶養者でなくなった日の属する月以後5年を経過するまでの間に限る)