

健康保険高齡受給者基準収入額適用申請書

赤字部分を全て
ご記入下さい

ハ
下

合 理事長 殿
、関係書類を添えて申請をします。

【退職者用】

記号・番号	記号	9	2	番号	1	2	3	4	5	6	7	
被保険者	氏名	健保 太郎					印	性別	男・女			
	生年月日	昭和 17 年 5 月 6 日										
	住所	(〒000 — 0000)					連絡先電話番号 (大阪府 ○○ 市 ○○ 町 ○ 番 ○ 号					

70歳以上のご家族が
おられる場合のみ
ご記入下さい

70歳以上の被保険者・被扶養者の

氏 名		被保険者本人	被扶養者※1 (旧被扶養者※2)
氏 名		同 上	健保 七子
生 年 月 日		同 上	昭和 19 年 8 月 9 日
(前年9月1日〜当年8月末は前々年度)	前年の収入	給与 パート収入など含む	0 円
		公的年金 老齢基礎 (国民) 年金・厚生年金 ・退職 (共済) 年金・企業年金等	3,720,000 円
		その他の収入 配当・不動産・事業収入・個人年	50,000 円
		合 計	950,000 円
※ 収入額は全てご記入ください		世帯の収入合計 (①+②)	4,670,000 円

高齢者単身世帯:383万円
高齢者複数世帯:520万円
以上は提出不要です

※1 被扶養者とは、70~74歳のパナソニック健保の扶養者のことを指します。

※2 旧被扶養者とは、後期高齢者医療制度の被保険者に該当したことにより、パナソニック健保の被扶養者から外れた方を指します (被扶養者を外れた日から5年を経過する月までの間に限る)

※ 審査の結果、所得区分が変更になる場合、申請月 (到着月) の翌月1日より適用となります。

添付書類の「〇〇年分(年度)」を
ご確認下さい

基準額適用期間: 当年9月1日~翌年8月31日 (前年収入で判定)

※但し、前年9月1日~当年8月31日は前々年度

添付した書類に○をつけてください		被保険者 (本人)	被扶養者 (70~74歳)
下記の書類を必ずご提出ください			
確定申告をしている方	前年分の確定申告書 (第一表・第二表) 及び 自営業の方は収支内訳書・青色申告書等 分離課税申告の場合は分離課税申告書	○	
確定申告をしていない方	市区町村役場発行の当年度 (前年中の収入) の所得証明書 ※給与、年金等の源泉徴収票はお認めできません		○