

## 健康保険 高齢受給者基準収入額適用申請書

◆当該申請にあたり下記内容に相違ありません

申請日： 年 月 日

被保険者証	記号：                  番号：
被保険者氏名	フリガナ： .....
住所・電話	〒                  - ..... 日中連絡可能な電話番号：(                  )                  -

世帯単位 該当する世帯に○をつけてください	<input type="checkbox"/> 単身世帯 基準収入額383万円/年未満	<input type="checkbox"/> 複数世帯 基準収入額520万円/年未満
氏 名	被保険者(ご本人)	被扶養者(※旧被扶養者含む) 70才以上の方のみ記入
生年月日	昭和    年    月    日	昭和    年    月    日
収 入 金 額	①給与収入 パート・アルバイト収入等 円/年	円/年
	②公的年金収入 老齢厚生年金・国民年金 退職(共済)・企業年金等 円/年	円/年
	③その他の年金収入 個人年金等 円/年	円/年
	④その他の収入 事業・不動産・利子・配当 個人年金・譲渡収入等 円/年	円/年
	小 計	⑤ 円/年
収入合計(⑤ + ⑥)		円/年

◆収入確認書類(確定申告や所得証明書等)もご添付ください

\*ご提出いただいた書類はご返却できません

※旧被扶養者とは、後期高齢者医療制度(原則 75 歳～)に移行され、パナソニック健保の被扶養者を喪失してから 5 年以内の方

【ご注意】収入申告はもれなく正確にご記入ください。(該当金額がない場合は 0 円と記入)

虚偽の申告を行い、負担区分が現役並み所得者(3割負担)から一般(2割負担)となった場合には、刑法上の詐欺罪に該当するとともに、不正行為による受給として保険者が給付額の一部を徴収することがあります。