# 後期高齢者医療基準収入額適用申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 届出者住所 | | 電話番号 | |

| | |
|---|---|
| 住所 | |
| 電話番号 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | | | |
| フリガナ | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | | | | |
| 個人番号 | | | | |
| 令和<br>年中の収入 | 公的年金<br>（老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等） | 円 | 円 | 円 |
| | 給与<br>（パート収入等含） | 円 | 円 | 円 |
| | 年金・給与以外の収入<br>（　　）収入 | 円 | 円 | 円 |
| | 合計 | 円 | 円 | 円 |

（注）

- 市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる７０歳以上の高齢者の方（６５歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）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。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等など）は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。

  ただし、１月１日において当市（区町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

大分県後期高齢者医療広域連合長　　様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　氏名

氏名

氏名

記載例

# 後期高齢者医療基準収入額適用申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 届出者住所 | | 電話番号 | |

| | |
|---|---|
| 住所 | 大分市〇〇町〇〇丁目〇〇番 |
| 電話番号 | 097-534-1771 |

被保険者の住所を記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | 12345678 | 01234567 | |
| フリガナ | | コウイキ　タロウ | コウイキ　ハナコ | |
| 氏名 | | 広域　太郎 | 広域　花子 | |
| 生年月日 | | S5.5.5 | S7.7.7 | |
| 個人番号 | | ●●●●●●●●●●●● | ●●●●●●●●●●●● | |
| 令和年中の収入 | 公的年金（老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等） | ********** 円 | ********** 円 | 円 |
| | 給与（パート収入等含） | 円 | 円 | 円 |
| | 年金・給与以外の収入（　　）収入 | 円 | 円 | 円 |
| | 合計 | ********** 円 | ********** 円 | 円 |

（注）

・ 市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず
（６５歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けてい
の収入に分けてご記入ください。

・ 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び
・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童

・ 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書
証明書等を添付してください。

ただし、１月１日において当市（区町村）に住所があ
なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を
要です。

※個人番号を記載した申請書を提出する際は、下記の書類をご持参ください。

・個人番号が確認できる書類
・申請者（代理人含む）の身元確認ができる書類

郵送で申請する場合は、上記の書類のコピーを申請書に同封して郵送してください。

大分県後期高齢者医療広域連合　広域連合長　様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。

令和　***年　４月　１０日

※世帯に被保険者が複数いる場合、被保険者全員を「申請者」に記入してください。

申請者　氏名　広　域　太　郎

氏名　広　域　花　子

氏名