

健康保険高齢受給者 基準収入額適用申請のお知らせ

# 手順に従い、該当するかお確かめください。

このお知らせは、お手元の高齢受給者証に記載されている一部負担金の割合が「3割」となっている方にお送りしています。平成28年度(平成27年分)の収入(※1)が、以下の基準収入額(※2)に満たない場合は、申請により、負担金の割合が「2割」となりますのでご確認ください。基準収入額を超える場合は、申請不要です。

※1 収入とは:該当する年のすべての収入額が対象です。退職金・公租公課の対象とならない収入(障害年金・遺族年金・恩給など)は除きます。控除される前の金額であり、所得ではありません。

※2 基準収入額

70歳以上の被扶養者および旧被扶養者(※3)を有する場合 合計**520万円**未満の方は該当します。

70歳以上の被扶養者および旧被扶養者(※3)を有しない場合 **383万円**未満の方は該当します。

収入額計算例 被扶養者に70歳以上の配偶者がいる場合

給与収入 420万円(源泉徴収票で確認できます)

+ 老齢年金 170万円(年金決定通知書で確認できます)

合計 590万円 **基準額を超えるため申請不要**

・該当する年のすべての収入額が対象です。  
・退職金・公租公課の対象とならない収入(障害年金・遺族年金・恩給など)は除きます。  
・所得ではありません。控除される前の金額で算出してください。

※3 旧被扶養者とは:後期高齢者医療制度の被保険者になったことにより、被扶養者でなくなった方をいいます。また、65歳~74歳の方であって、後期高齢者医療制度の障害認定を受けたことにより、被扶養者でなくなった方も含みます。

手順

1

## 認定条件の確認

下図を利用して、認定条件を満たしているかお確かめください。



手順

2

## 申請書の記入

該当する方のみ、記入例を参考に申請書をご記入ください。



手順

3

## 書類の送付

チェックシートで必要な書類をお確かめの上、書類をご送付ください。

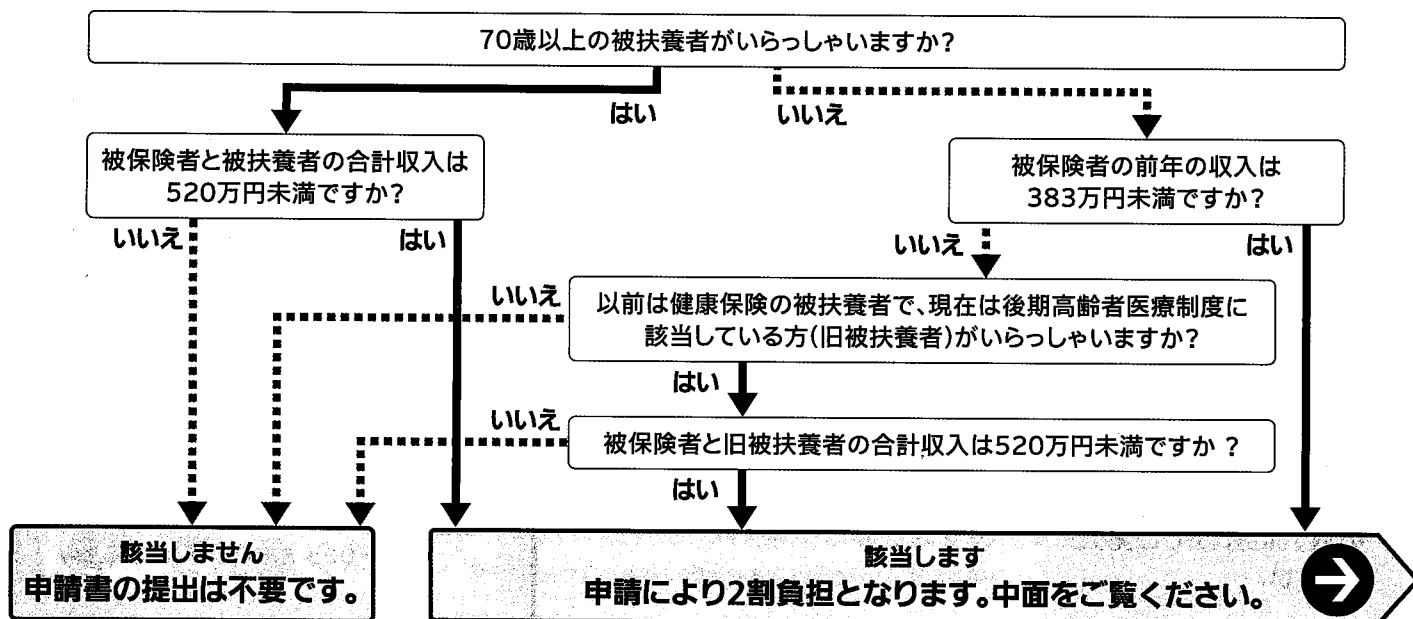


手順

1

## 認定条件を満たしているかをご確認ください。

下図をご確認の上、該当する場合のみ次の手順へお進みください。該当しない場合は申請不要です。



# 手順 2 申請書をご記入ください。

記入例を参考に、被保険者ご自身が漏れなく正確にご記入ください。

**1** 記号・番号をご記入ください。記号・番号は、保険証に記載されています。



**2** 被保険者の方の氏名・収入をご記入ください。

**3** 被扶養者の方もしくは旧被扶養者の方がある場合は、この欄にもご記入ください。

**4** 収入申告欄には、平成28年度(平成27年分)の収入額を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は除きます。(障害または遺族に係る年金・恩給等、戦没者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)

**5** 市区町村住民税を課されているかいないにかかわらず、70歳以上の被保険者および被扶養者それぞれの収入額を給与・公的年金・その他の収入に分けてご記入ください。

**6** 「その他の収入」がある場合、( )内に収入の種類を具体的にご記入ください。

## 健康保険 高齢受給者 基準収入額適用 申請書 定期判定用

平成28年度(平成27年)の収入が「健康保険 高齢受給者 基準収入額適用 申請書 記入の手引き」に記載されている「基準収入額」を超えている場合は、提出不要です。また、記入方法および添付書類等についても、手引きに記載しておりますのでご確認ください。

<b>被保険者証</b> (左づめ)	記号 21700023	番号 21	生年月日 昭和 △△0305
氏名・印 協会 太郎	住所 (〒105-0000) 東京 港区〇〇1-1 △△マンション101		
電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (XXXX)XXXX	自署の場合は押印を省略できます。		

70歳以上の被保険者	被保険者欄	被扶養者(旧被扶養者)欄	被扶養者(旧被扶養者)欄
氏名	協会 太郎	協会 花子	
被扶養者・旧被扶養者区分		<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 旧被扶養者	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 旧被扶養者
被扶養者でなくなった日(旧被扶養者にチェックした場合はご記入ください)		平成 年 月 日	平成 年 月 日
収入の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 給与・賞与等収入の有無及びその金額(パート収入等含む) 3,360,000円	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 0円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 公的年金受給の有無及びその金額(老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、退職年金等) 1,060,000円	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 600,000円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他の収入の有無及びその金額(株主、預金利息) 135,000円	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 7,000円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円
個人小計	4,555,000円	607,000円	円
合計(①+②+③)	5,162,000円	上記のとおり収入額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者基準収入額適用を申請します。平成 △ 年 7 月 30 日	

この申請は、原則 8月10日 までに申請が必要です。  
9月以降に申請された場合は、やむを得ない理由があると認められる場合を除き、申請があった月の翌月から適用となりますのでご注意ください。

事業主欄	事業所所在地 (〒105-0000) 事業所名称 (株)健保商事 事業主氏名 健保 五郎 電話 03 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。
------	---	--------------------------

社会保険労務士の提出代行署名記載欄

様式番号 221115

協会使用欄

全国健康保険協会 協会けんぽ

受付日付印 (28.7)

1/1

**ご記入事項を訂正される場合**  
訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

〈訂正記入例〉  
TEL 03 (XXXX) ~~XXXX~~

手順  
3

## 書類をご送付ください。

以下の手順に従って、申請書類をご送付ください。

提出期限 平成28年8月10日まで

### 手順2 で記入した申請書をご準備ください

申請書は1枚です。

記入漏れや誤字脱字がないか、今一度お確かめください。

1

### 添付書類(課税証明)をご準備ください

平成28年度(平成27年分)(※)の収入額が  
確認できる書類の添付が必要です。

申請前に以下の書類を添付しているか必ずチェックしてください。

※該当期間に関する詳しい説明は裏面をご確認ください。

2


### 市区町村長の発行する(非)課税証明書もしくは所得(課税)証明書(※)

※(非)課税証明書、所得(課税)証明書に収入の記載がない場合は、別途収入の確認ができる書類(公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書のコピー等)が必要となります。詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

### ご送付ください

申請書と添付書類を封筒に入れ、保険証に記載されている協会けんぽ  
都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受付けております)

※各支部の電話番号、所在地などは、協会けんぽホームページをご覧ください。





3



**提出期限に  
ご注意ください。**

提出期限を過ぎて、9月以降に申請されますと、申請があった月の翌月からの適用となりますのでご注意ください。

※やむを得ない理由があると認められる場合を除く。

## 健康保険高齢受給者について

- 70歳から74歳の方は、健康保険の高齢受給者となり、その収入によって医療機関の窓口でお支払いいただく一部負担金の割合が異なります。

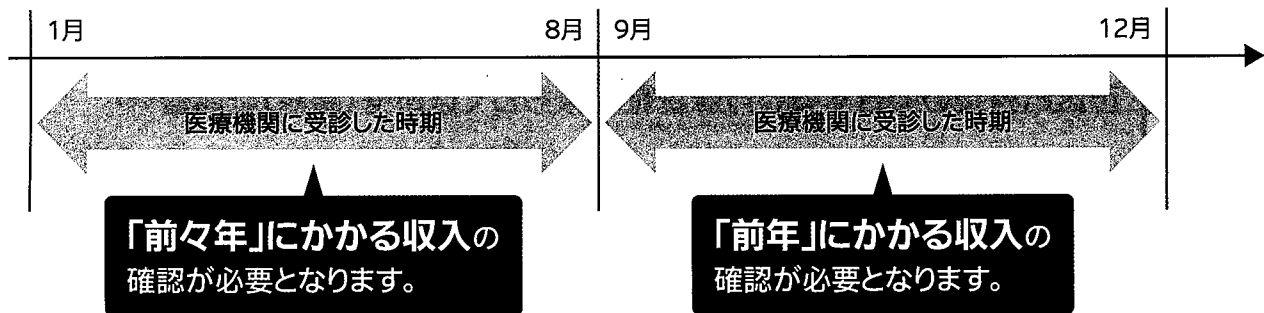
該当者が70歳以上の被保険者の場合	標準報酬月額が28万円未満 ▶ 2割負担(※)
	標準報酬月額が28万円以上 ▶ 3割負担
該当者が70歳以上の被扶養者の場合	被保険者が70歳未満 ▶ 2割負担(※)
	被保険者が70歳以上 ▶ 被保険者の標準報酬月額が28万円未満 ▶ 2割負担(※) 被保険者の標準報酬月額が28万円以上 ▶ 3割負担

※昭和19年4月1日生まれの方までは1割負担となります。

- 協会けんぽから「健康保険高齢受給者証」が、1人1枚ずつ交付されます。これは病院窓口での自己負担割合を示す証明書で、所得の状況などにより、1～3割負担のいずれかが記載されています。
- 70歳の誕生日を迎えた日の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)から、医療機関で受診するときに保険証とともに健康保険高齢受給者証を提示する必要があります。

## 該当期間について

申請の基準となる収入は下記のとおりです。



※申請時期によっては前々年および前年の申請書等、複数年分の申請書をご提出いただくことがあります。

例)発行年月日が平成28年8月以前の高齢受給者証をお持ちの場合は、平成27年度(平成26年分)の収入確認とあわせて平成28年度(平成27年分)の収入確認も必要となります。

※この場合は高齢受給者証送付時に申請書を同封しております。  
お手元に申請書がない場合は支部へお問い合わせください。

## 注意事項

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。