

常務理事	事務長	参事補	担当者

## 基準収入額適用申請書（高齢受給者証負担割合変更申請）

被保険者	保険証 記号		保険証 番号		事業所名	
	氏名 及び印	㊟		生年月日		
	住所	〒		電話番号		

対象者欄	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者 との続柄		性別	男・女	申請 年月日	令和	年	月	日
	対象者が 被保険者の場合	被扶養者も高齢受給者証対象者ですか？				はい・いいえ			

高齢受給	対象期間 ①	令和 年 1 月 診療 ～ 令和 年 8 月 診療 の間							
	所得証明 ①	平成 令和	年度(	平成 令和	年分)	所得証明書 添付	収入総額	円	
一部負担 割合	対象期間 ②	令和 年 9 月 診療 ～ 令和 年 12 月 診療 の間							
変更の 確認	所得証明 ②	平成 令和	年度(	平成 令和	年分)	所得証明書 添付	収入総額	円	
	添付書類	高齢受給者証対象の1月～8月診療分については、前々年の被保険者の所得証明書を9月診療分以降については、前年の被保険者の所得証明書を添付して下さい。 ※被扶養者も70歳以上の場合、被扶養者の所得証明書も必要です。							

上記のとおり、一部負担割合の区分が変更された高齢受給者証の交付を申請します。

※70歳以上の被扶養者がいない被保険者の**年収額が383万円未満の場合**や、  
70歳以上の被扶養者や5年前までに後期高齢者医療制度に移行した元被扶養者のいる被保険者の  
**世帯年収額が520万円未満の場合**。  
この申請書に所得証明書を添付し、当組合に提出すれば、医療費の窓口負担が3割から2割になります。  
(但し、S14.4.2～S19.4.1生まれの方は軽減特別処置の為、1割。既に支払済みの差額は償還払い。)