

健保組合 使用欄

常務理事	参事	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	123	保険証番号	45678910	事業所名	○▲□○○株式会社
	氏名及び印	健康 太郎 備		生年月日	昭和19年1月1日	
	住所	〒 123-4567		電話番号	0123-45-6789	
□■◆県▲▽▲市○◎町☆★123-456-789						

対象者欄	氏名	健康 太郎		生年月日	昭和19年1月1日	
	被保険者との続柄	本人	性別	男	申請年月日	平成26年6月1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	平成26年1月診療～平成26年8月診療の間				
	所得証明①	平成24年度（平成23年分）	所得証明書添付	収入総額	846,000円	
一部負担割合	対象期間②	平成 年 9 月 診療 ～ 平成 年 12 月 診療 の間				
変更の確証	所得証明②	平成 年度（平成 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。

住金関係会社健康保険組合

※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。）