

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

太枠の中を記入してください。

窓口に来られた方	氏名		本人との関係	
	住所		連絡先電話番号	

住所	
電話番号	

被保険者番号				
個人番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日				
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 (パート収入等含む)	_____円	_____円	_____円
	年金・給与以外の収入 ( )収入	_____円	_____円	_____円
	合計	_____円	_____円	_____円

(注)

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、御本人及び同じ世帯におられる後期高齢者医療の被保険者の方、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御記入ください。  
※なお、世帯に本人以外の後期高齢者医療の被保険者の方がいない場合であって、かつ、70歳から74歳の方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳の方についても記入してください。
- 収入額は全て御記入ください。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）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。

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて私及び私の属する世帯の世帯員における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。  
なお、私及び私の属する世帯の75歳以上の世帯員（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている世帯員を含む。）及び必要な際には、70歳以上の世帯員の収入額について、課税資料により調査確認されることに同意します。  
また、これらの申請をすること及び確認をされることについては、私の属する世帯の世帯員の同意を得ています。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名 (印)

氏名 (印)

氏名 (印)