

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

令和 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住所
申請者 氏名
電話

高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第3項の適用を受けたいので、同法施行規則第32条の規定により申請します。

被保険者番号				
個人番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日	年 月 日	年 月 日	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 ()	円	円	円
	収入合計	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、本人及び同じ世帯の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記入してください。

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ない場合であって、かつ、70歳から74歳までの方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳までの方についても記入してください。

・ 収入額は、すべて記入してください。ただし、退職金及び市町村民税の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給、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、災害弔慰金等）並びに確定申告を要しない特定配当等及び源泉徴収を選択し確定申告をしない特定株式等譲渡所得金額に係る収入は、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日において当広域連合内に住所がある方の公的年金収入については、添付不要です。また、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。

なお、申請された収入金額と公簿等の額が異なるときは、公簿等の額をもって本来申請すべき額として判定を行い、このことにより認定とならない場合があります。