

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

住所			
電話番号			

被保険者番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日				
平成 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)	_____円	_____円	_____円
	年金・給与以外の収入 ()収入	_____円	_____円	_____円
	合計	_____円	_____円	_____円

(注)

- ・市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる _____ の高齢者の方 (65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む) 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ご記入ください。
- ・収入額は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 (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。

福井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。

年 月 日

氏 名 (印)
氏 名 (印)
氏 名 (印)

