

# <記入例>

## 後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名	坂戸 後期	本人との関係	本人
届出者住所	〇〇市〇〇町1-1-1	連絡先電話番号	000 (000) 0000

被保険者番号	01111111	02222222	
フリガナ	サカドコウキ	サカドハナコ	
氏名	坂戸 後期	坂戸 花子	
個人番号			
生年月日	昭和2年1月1日	昭和3年1月1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)	2,500,000 円	1,500,000 円
	給与(パート収入等含)	1,000,000 円	
	年金・給与以外の収入 ( ) 収入		
	合計	3,500,000 円	1,500,000 円

同一世帯の70歳以上  
(65歳以上の障害認定者含む) 全員の方を  
記入してください

それぞれの収入額を記入  
してください。  
原則として収入額を確認  
できる書類を添付し  
てください。(下記注  
意事項も参照してくだ  
さい。)

(注)

- 市区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。
- ※ 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つても、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。
- 収入額はすべて御記入ください。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、児童手当又は児童扶養手当等、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)証明書等の書面を添付してください。ただし、1月1日において当市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。
- ※ 収入額を確認できる書類がない場合は添付不要です。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

令和 〇年 〇月 〇日