

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人〔 〕	住所			

被保険者	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 <small>(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)</small>	_____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ご記入ください。
※ 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・子ども手当・児童扶養手当等、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。

福島県後期高齢者医療広域連合長

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

申請者 氏名

氏名

氏名

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	却下・認定（一般基・一般特）		適用開始年月日	年	月	日
	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
備考				入力	確認	
				市町村名		