

# 【記入例】

## 後期高齢者医療基準収入額適用申

届出者氏名及び申請者氏名が、被保険者（本人）以外の場合は「委任状」が必要となります。

届出者氏名	豊田太郎（被保険者）	本人との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 ・ その他（ ）
連絡先電話番号	<input checked="" type="radio"/> 自宅 ・ 携帯 ・ 職場（●●●●） ■■-▲▲▲▲		

住所	豊田市 西町3丁目60番地（被保険者の住所）
電話番号	<input checked="" type="radio"/> 自宅 ・ 携帯 ・ 職場（●●●●） ■■-▲▲▲▲

被保険者番号	01234567(8桁)		
個人番号	XXXXXXXXXXXX		
フリガナ	トヨタ タロウ		
氏名	豊田太郎 (被保険者)		
生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 ■■年●月▲▲日	明・大・昭 年 月 日	明・大・昭 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)  <input checked="" type="checkbox"/> 公的年金のみ <input type="checkbox"/> 確定申告書等と同じ  <input type="checkbox"/> 収入が年金のみ又は確定申告済で申告内容に相違がない方は、チェックを記入してください。	<input type="checkbox"/> 公的年金のみ <input type="checkbox"/> 確定申告書等と同じ  _____ 円	<input type="checkbox"/> 公的年金のみ <input type="checkbox"/> 確定申告書等と同じ  _____ 円
	給与 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の収入 ( )収入	_____ 円	_____ 円
	合計	_____ 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、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)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。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

令和●●年 ■■月 ▲▲日

申請者  
(上記該当者)

受付	入力	確認

氏名 豊田太郎 (被保険者)

氏名

氏名