

健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

みずほ健康保険組合 御中

下記のとおり収入の額を申告し**関連書類(※)**を添えて申請します。

					提出日	令和	年	月	日
被保険者証	記号				番号		被保険者氏名 印		
	8	0	0	0					
住所	〒				電話	— —			
所属事業所	特例退職被保険者				生年月日	昭和	年	月	日 (才)

対象者 (被保険者)	氏名				性別	男・女				
	生年月日	昭和	年	月	日	現在所持している高齢受給者証の発効年月日	平成 令和	年	月	日
70歳以上の被保険者・被扶養者等 収入申告欄 (70歳未満の方のご記入は不要です)		被保険者氏名 (才)		被扶養者等氏名 (才)		被扶養者等氏名 (才)				
		収入額		収入額		有・無		収入額		有・無
平成 年の 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			
※添付していただく関連書類につきましてはみずほ健康保険組合適用グループまでお問合せ下さい					世帯合算		円			

備考欄

みずほ健康保険組合事務処理欄	常務理事	事務長	次長	係員	
申請内容確認後の負担割合	<input type="checkbox"/> 2割	差換受給者証発行日 (令和 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 3割	変更なし			

受付日付印