

# 高齢受給者基準収入額適用申請書

1 5 13550 13551	加入者番号		加入者氏名		生年月日			区分
	記号	番号			39	年	月	日
	11	22			3	昭和	45	01
					4	平成		

## <70歳以上の加入者・被扶養者等の収入申告欄>

	加入者氏名	被扶養者等 (70歳以上)		被扶養者等 (70歳以上)	
		氏名		氏名	
		生年月日		生年月日	
		収入額	収入の有・無	収入額	収入の有・無
★前年または前々年の収入額	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金等)	円		円	
	給与 (パート収入等を含む)	円		円	
	公的年金・給与以外の収入 ( )収入	円		円	
	合計	円		円	
		世帯合計		円	

- (注1) 市町村民税の課税の有無にかかわらず、70歳以上の加入者及び被扶養者（後期高齢者医療制度の対象となり被扶養者でなくなった者を含む）別の年収を公的年金・給与・その他の収入に区分してご記入ください。
- (注2) 収入申告欄は、★前年（1月から8月に受診されるときは前々年）の収入額を、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（障害又は遺族に係わる年金・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）などは除きます。
- (注3) 収入申告欄に記載した金額を証明できる市区町村長が発行する「課税（所得）証明書」（原本）等を添付してください。

上記のとおり収入の額を申告し、高齢受給者基準収入額適用を申請します。

年 月 日

郵便番号 ( - ) TEL

申請者 加入者住所

加入者氏名

日本私立学校振興・共済事業団理事長 殿

上記のとおり申請がありましたので提出します。（任意継続加入者は学校法人等を経由する必要はありません。）

年 月 日

郵便番号 ( - ) TEL

所在地

学校法人等名

代表者名

* 発行年月日	* 有効期限	* 負担割合	* 交付年月日	* 発行表示
48 5 令	54 5 令	割	5 令	発行済：1 発行不要：9

* 交付番号	* 回収年月日	* 回収事由	備考
48 5 令	55 5 令	64 1 資格喪失 2 75歳到達 3 被扶養者認定取下げ	63 4 負担割合変更 5 き損 6 その他 ( )

- ・\*の欄は記入しないでください。
- ・太線の枠内のみ記入してください。