

# お 知 ら せ

70歳になると、75歳（後期高齢者医療制度に移行する）までの間、電機健保から「健康保険高齢受給者証」が交付されます。これは、医療機関等の窓口において自己負担割合を示す証明書で、所得の状況などにより、2割負担もしくは3割負担のいずれかが「一部負担金の割合」として記載されています。そのため、70歳以上の被保険者及び被扶養者の方は、医療機関等を受診される時、健康保険証とあわせて高齢受給者証を提示する必要があります。

## 一部負担金の割合

高齢受給者証の一部負担金の割合は、次の表のとおりです。

該当者が70歳以上の被保険者	標準報酬月額が28万円未満	標準報酬月額が28万円以上
	<b>2割負担（*）</b>	<b>3割負担</b>

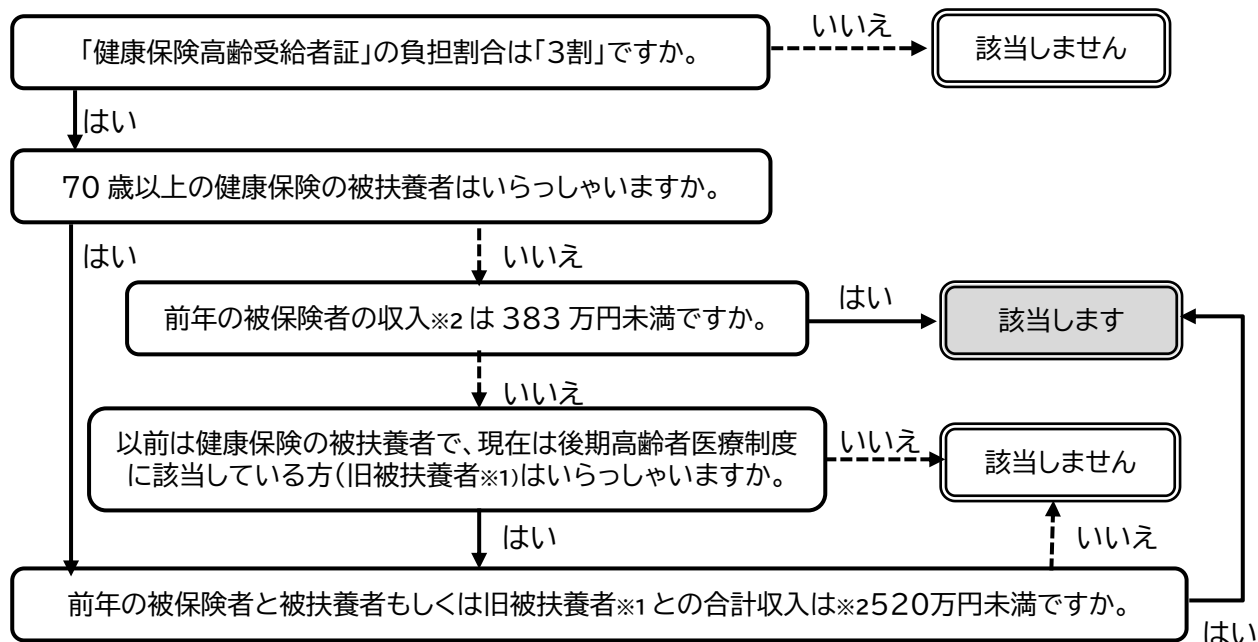
  

該当者が70歳以上の被扶養者	被保険者が70歳未満	被保険者が70歳以上	
		被保険者の標準報酬月額が28万円未満	被保険者の標準報酬月額が28万円以上
	<b>2割負担（*）</b>	<b>2割負担（*）</b>	<b>3割負担</b>

\* 2割負担について

○70歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の翌月以後の診療分から、一部負担金等の割合は2割になります。

## 高齢受給者基準収入額適用申請（2割負担への変更）



※1 旧被扶養者・・・後期高齢者医療制度の被保険者となったことにより、健康保険の被扶養者でなくなった方をいいます。（65歳から74歳までの方であって、後期高齢者医療制度の障害認定を受けたことにより、被扶養者でなくなった方を含みます。）

※2 収入・・・対象となる収入は、9月から12月に申請されたときは「前年の収入」、1月から8月に申請されたときは「前々年の収入」となります。

来月 1 日以降、収入基準の適用により 2 割に該当する方につきましては、留意事項をご覧ください、別添の「基準収入額適用申請書」に必要事項をご記入の上、関係書類を添えて 今月 25 日（土日・祝日の場合は翌営業日）までに当健康保険組合へご提出ください。（該当しない方につきましては、ご提出不要です。）

#### 【留意事項】

- 申請期限内に申請書を提出され、収入の合計額が一定額に満たないと認められた方で、現在 3 割と表記した高齢受給者証をお持ちの方については、後日、患者一部負担金の割合を「2 割」と表記した新たな高齢受給者証をお届けします。
- 申請期限経過後に申請された場合は、添付書類が申請期限内に用意できない場合や心身の状況により申請期限内に届け出を行うことが困難である場合等やむ得ない理由があると保険者が認める場合を除き、申請があった月の翌月から負担割合が 2 割に変更されることとなりますのでご注意ください。
- なお、虚偽の申請に基づき取得した 2 割の高齢受給者証により医療機関で受診された場合には、刑法上の詐欺罪に該当するとともに、不正行為による受給として国税徴収の例により給付額の一部を徴収することもあり得ますのでご注意ください。

このお知らせについての問い合わせ先

東京都電機健康保険組合 業務部 適用課 電話 03-3834-7213

## 健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者証の記号		番 号	
被 保 険 者	氏 名	性別 男・女	
	生 年 月 日	昭和 年 月 日	
対 象 者	氏 名	性別 男・女	
	生 年 月 日	昭和 年 月 日	
	住 所		
現在所持している高齢受給者証の発効年月日		令和 年 月 日	

### 70歳以上の被保険者・被扶養者の収入申告欄

		被 保 険 者 氏 名	被 扶 養 者 氏 名	被 扶 養 者 氏 名
令 和 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)	収 入 額	有・無   収 入 額	有・無   収 入 額
	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
			総 合 計	

上記のとおり収入の額を申告し、関係書類を添えて健康保険高齢受給者基準収入額適用の申請をします。

<注1>被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。

<注2>市町村民税を課されているか、いないかにかかわらず、70歳以上の被保険者及び被扶養者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下さい。

<注3>収入額は、すべてご記入下さい。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・児童扶養手当等、災害弔慰金などは除きます。）

<注4>収入の欄に記載した金額の証明できる市区町村長の発行する（非）課税証明書、公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し等の収入額の確認できる書類を添付してください。

なお、収入額を確認できる書類を所持してなく、かつ、収入額を証明する書類の発行ができない収入については添付不要です。

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。	
	令和 年 月 日提出
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 ( )

