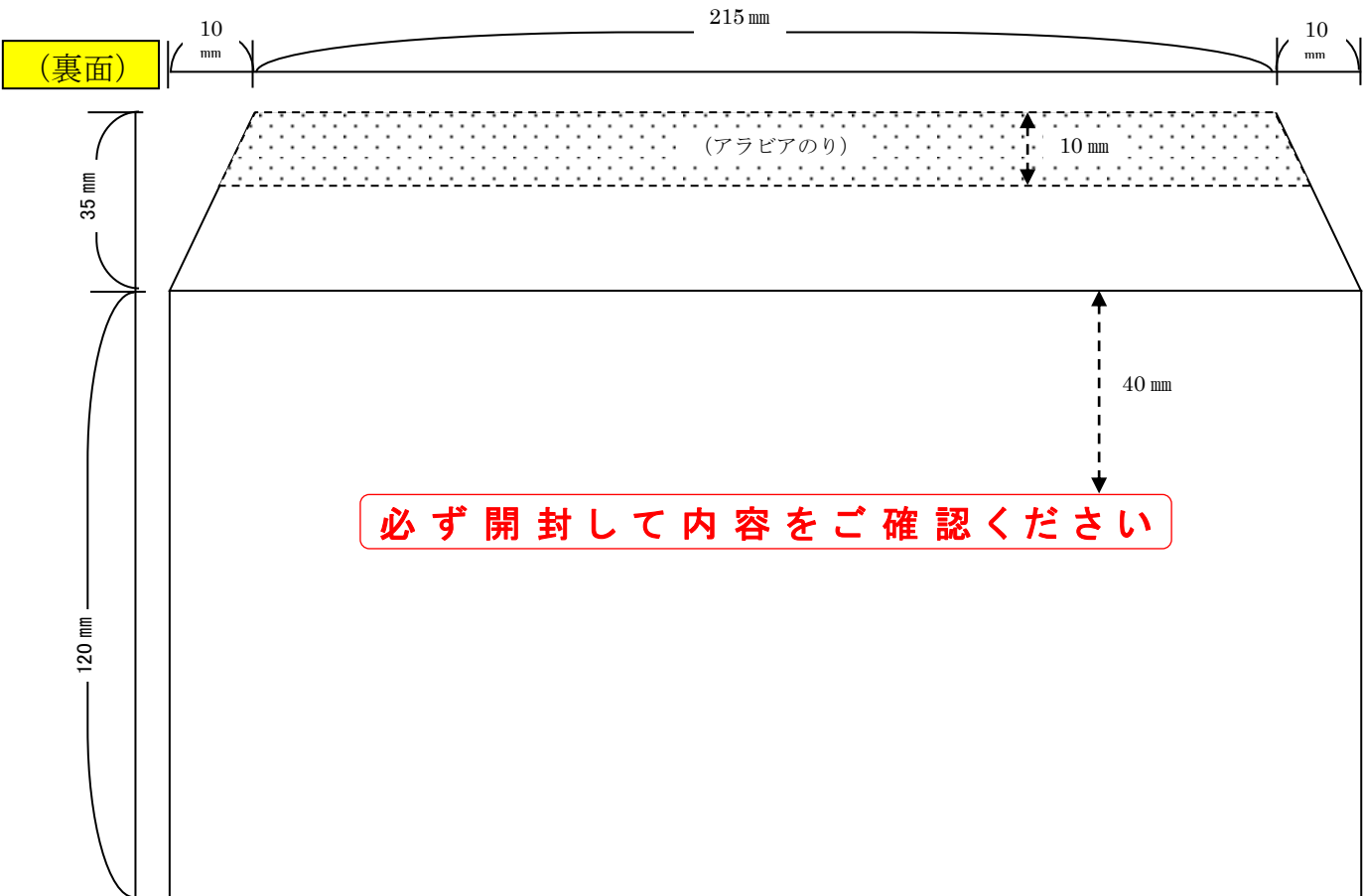
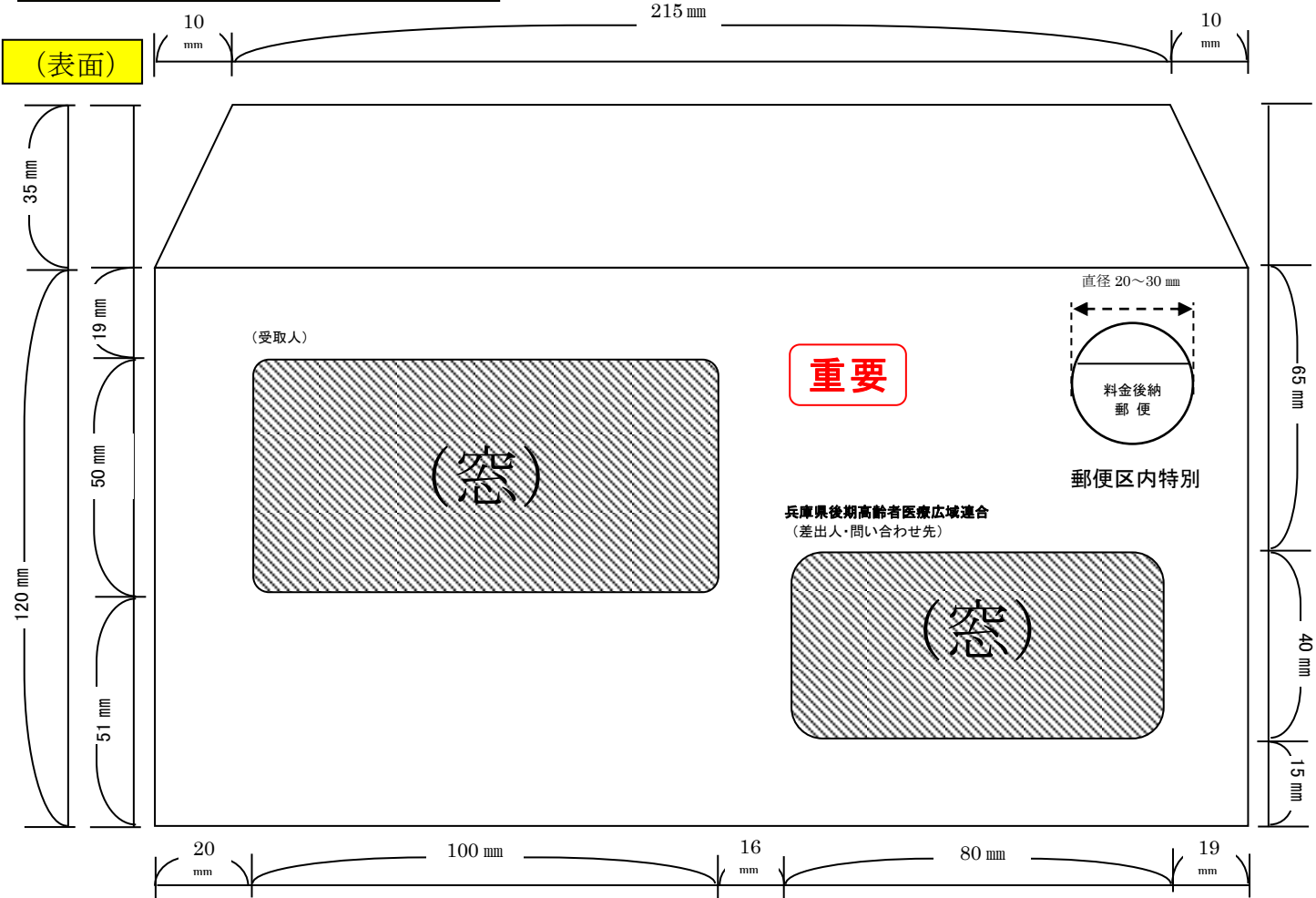
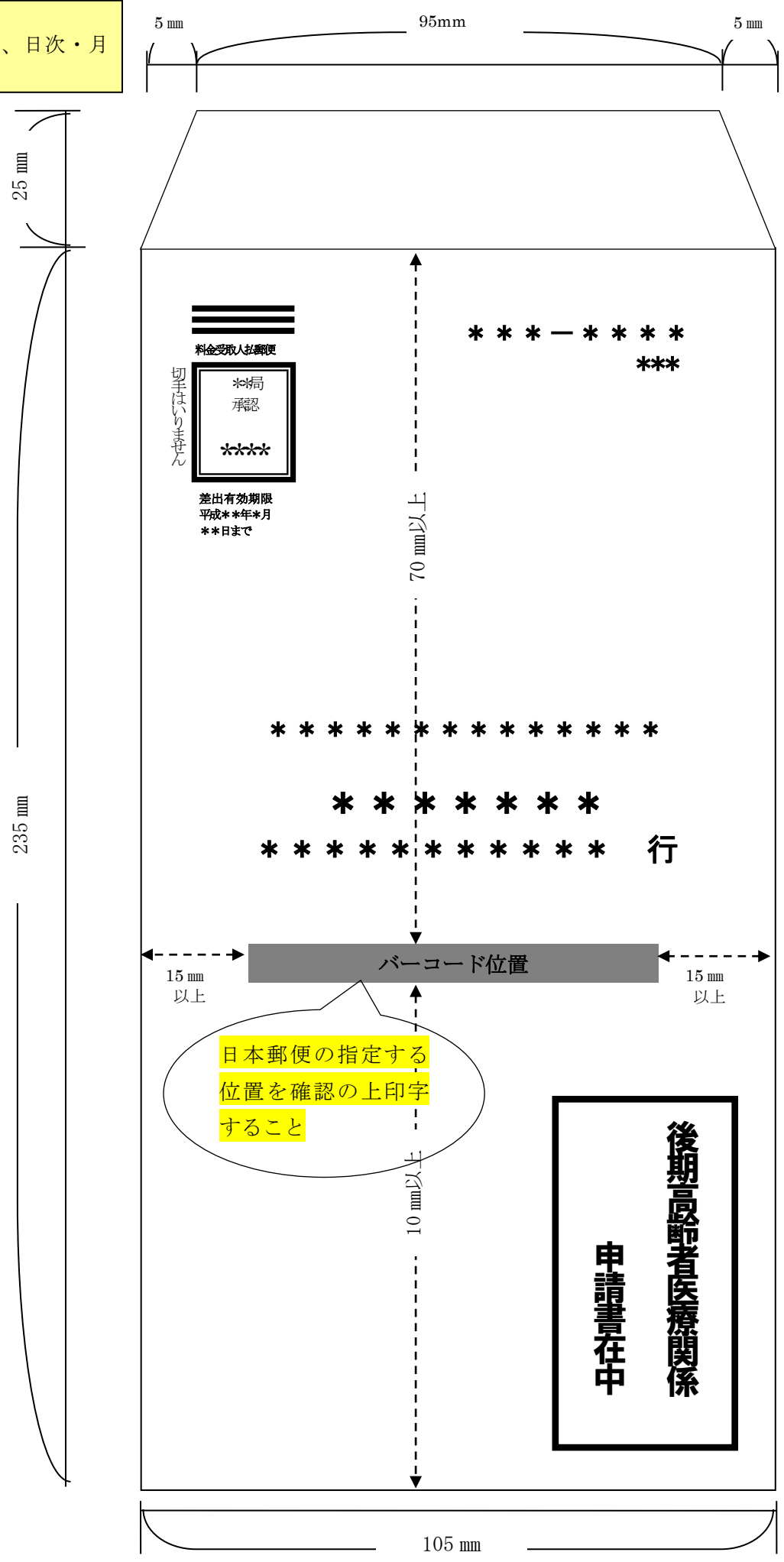


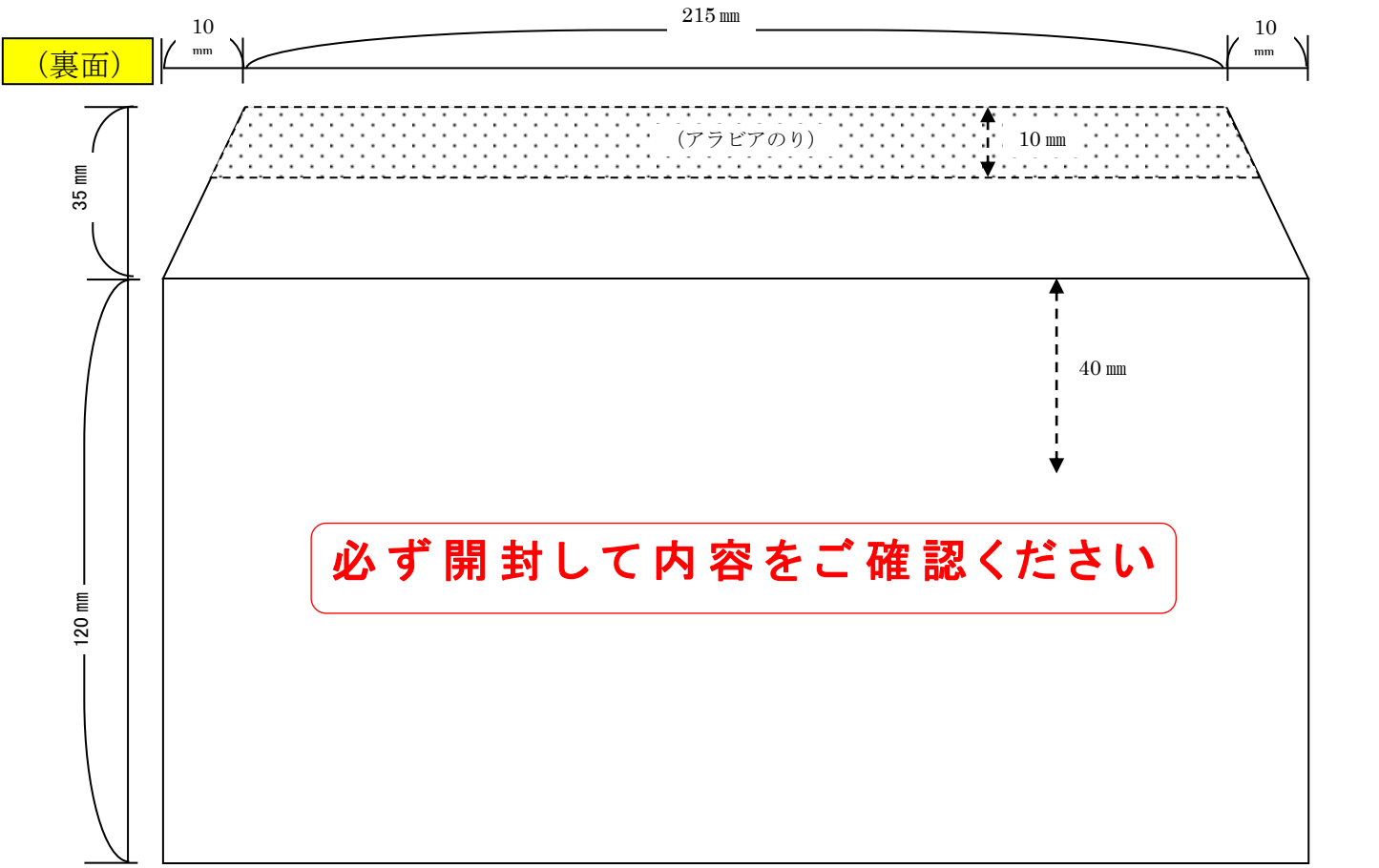
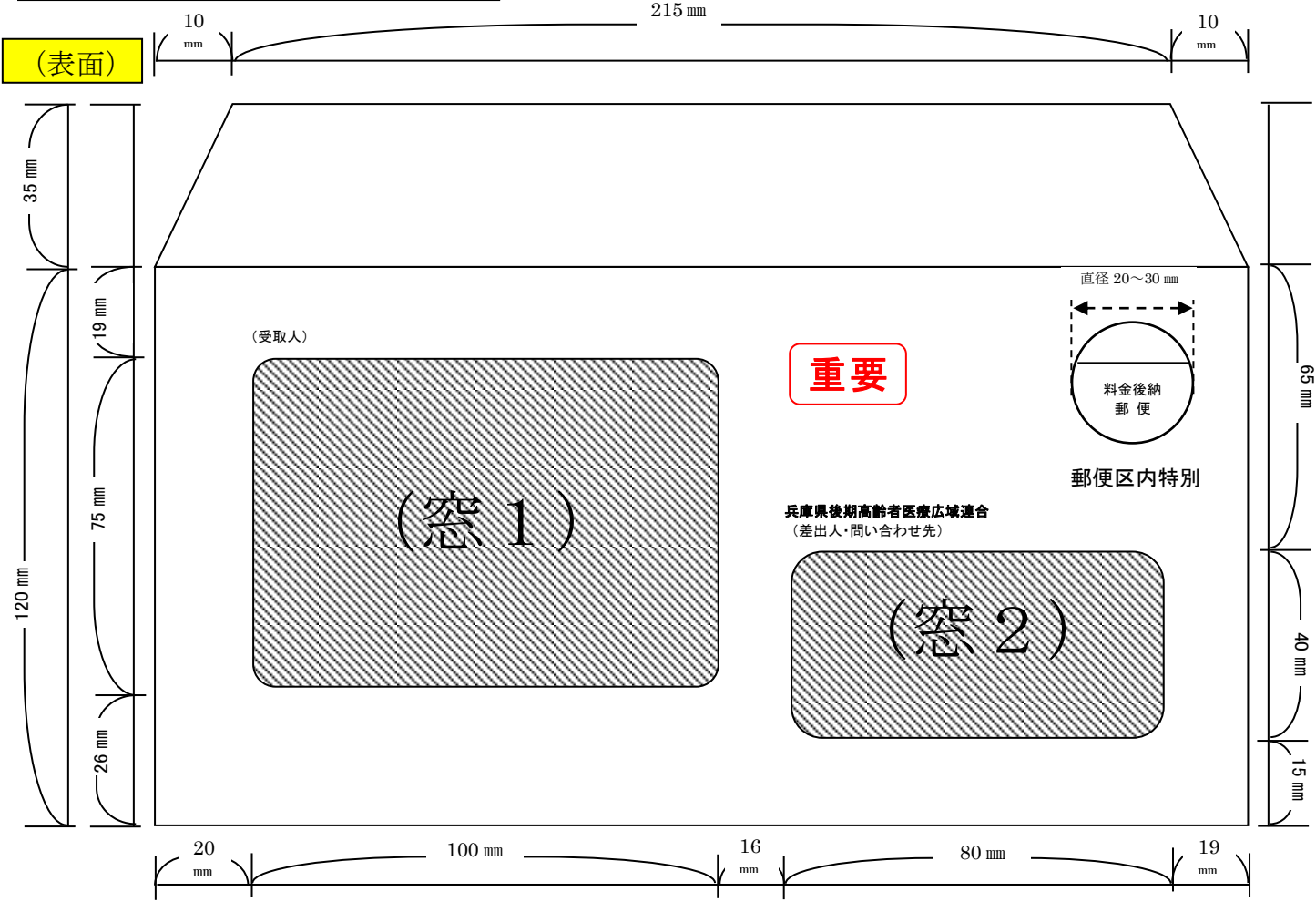
(様式1) 郵送用封筒 (日次・月次用)



(様式2)  
返信用封筒 (年次用、日次・月次用共通)



(様式3) 郵送用封筒 (年次用)



(様式4) 基準収入額適用申請のお知らせ

平成29年6月26日

〒×××-××××  
宛名住所1××××××××××××××××20  
宛名住所2××××××××××××××××20  
宛名住所3××××××××××××××××20  
宛名住所4××××××××××××××××20  
宛名氏名1××××××××××××××××20  
宛名氏名2××××××××××××××××20  
宛名氏名3××××××××××××××××20

—————バーコード—————  
< 抜取番号1 / 抜取番号2 / 抜取番号3 >

点線内に見本のとおり、宛名・自治体問合せ先を、広域提供データより印字する(様式作成時は、点線も含め白地)。

自治体問合せ先××××××××  
××××××××××××××××30  
〒×××-××××  
住所: 自治体住所××××××××××  
××××××××××××××××30  
電話: ××××××××××××

後期高齢者医療基準収入額適用申請のお知らせ

後期高齢者医療被保険者の皆様には、所得等の状況に応じて、医療機関で受診される際に医療費の1割又は3割の負担をお願いしています。

今回、あなた、又は同一世帯の後期高齢者医療被保険者の平成29年度(平成28年1月1日～平成28年12月31日)の住民税課税所得額が基準額(145万円)以上のため、平成29年8月からの負担割合が3割と判定されました。

ただし、同一世帯の後期高齢者医療被保険者や70歳以上75歳未満の方との収入合計額が裏面《負担割合の判定について》の額に満たない場合は、申請により負担割合が1割に変わります。

裏面及び「基準収入額適用申請書記入時の注意点」をご覧ください、該当される場合には、同封の「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(申請書の(注)欄を参照)を添えて、

**平成29年7月7日(金)まで(郵送の場合は必着)**

に上記窓口へ申請してください。

なお、7月8日以降も申請書は随時受け付けしますが、その場合は一旦3割の保険証がお手元に届く場合がありますので、なるべくお早めの提出をお願いします。

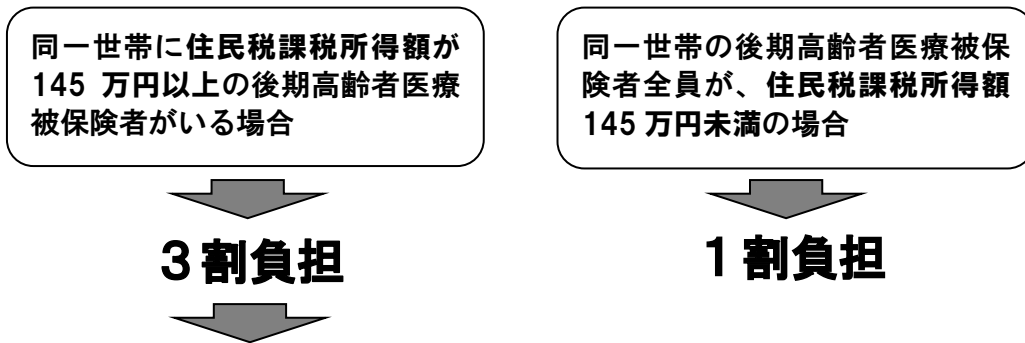
また、申請期限である平成29年7月31日(月)まで(郵送の場合は消印有効)に申請された場合は、8月1日より1割の負担となります。

**8月1日以降に申請された場合は、申請月の翌月から1割(申請月までは3割)の負担となりますので、ご注意ください。**  
**例：8月中の申請の場合は、8月は「3割」、9月から「1割」の負担となります。**

## 《負担割合の判定について》

### 1 住民税課税所得額による判定

◎平成29年度(平成28年1月1日～平成28年12月31日)の課税所得額で判定します。



### 2 基準収入額適用申請による再判定

#### A 同一世帯に他の後期高齢者医療被保険者がいる場合

世帯内の後期高齢者医療被保険者の収入合計額を確認

収入合計額が、520万円未満の場合



申請により、1割負担

#### B-1 同一世帯に他の後期高齢者医療被保険者がいない場合

あなたの収入合計額を確認

収入合計額が、383万円未満の場合



申請により、1割負担

収入合計額が、383万円以上の場合



B-2へ

#### B-2 同一世帯に他の後期高齢者医療被保険者がいなくて

70歳以上75歳未満の方がいる場合

あなたと70歳以上75歳未満の方の収入合計額を確認

収入合計額が、520万円未満の場合



申請により、1割負担

◎このお知らせは住民税課税所得額による判定で「3割」と判定された方のうち、基準収入額の適用となる可能性のある方にお送りしています。このお知らせの届いた方が必ずしも「1割」と判定されるものではないため、対象となる収入額をご確認いただいた上で申請をお願いいたします。

※療養の給付を受ける日の属する年の前年(1月から7月までの場合は前々年)の12月31日時点で、後期高齢者医療被保険者が世帯主で、同一世帯に合計所得が38万円以下の19歳未満の方がいる場合、住民税課税所得額から、下記の金額の合計額を引いた金額により、負担割合を判定します。(平成24年8月1日施行)

・16歳未満の方の人数×33万円    ・16歳以上19歳未満の方の人数×12万円

※住民税課税所得額が145万円以上の被保険者が属する世帯は3割負担となりますが、昭和20年1月2日以降生まれの被保険者及びその世帯に属する被保険者に係る基礎控除(33万円)後の総所得金額等の合計額が210万円以下の場合、1割負担となります。(平成27年1月1日施行)

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

|       |  |         |  |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名  |  | 本人との関係  |  |
| 届出者住所 |  | 連絡先電話番号 |  |

|        |   |                      |                      |
|--------|---|----------------------|----------------------|
| 被保険者番号 | *****8                                      | *****8               | *****8               |
| 個人番号   |   |                      |                      |
| フリガナ   |   |                      |                      |
| 氏名     | 氏名1 *****<br>*****20                        | 氏名2 *****<br>*****20 | 氏名3 *****<br>*****20 |
| 住所     | 〒***** 住所*****<br>*****<br>*****61 電話 ( ) - |                      |                      |

|           |   |             |             |        |
|-----------|---|-------------|-------------|--------|
| 生年月日      | ****年**月**日                               | ****年**月**日 | ****年**月**日 |        |
| 平成28年中の収入 | 公的年金<br>(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<br>(パート収入等含)                           | _____円      | _____円      | _____円 |
|           | 公的年金・給与以外の収入<br>( )収入                     | _____円      | _____円      | _____円 |
|           | 合計  | _____円      | _____円      | _____円 |

(注) ・住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内の70歳以上の人(65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている人も含む)全員について、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。  
 ・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、災害弔慰金など)は記入する必要はありません。  
 ・申請書の提出時には、収入を確認できる書類(確定申告書の写し等)を添付してください。  
 ただし、平成29年1月1日において当市(区)町に住所がある人で、かつ、公的年金収入、給与収入のみの方は、収入を確認できる書類の添付は不要です。(申請書の提出は必要です。)  
 ・虚偽の申請に基づき取得した被保険者証により受診された場合には、刑法上の詐欺罪にあたるとともに、不正行為の受給として広域連合が給付額の一部を徴収することもありますのでご注意ください。

**平成29年7月7日までの申請にご協力ください**  
**(申請期限は平成29年7月31日です)**

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

平成 年 月 日

(申請者) 氏名 (印)  
 氏名 (印)  
 氏名 (印)

※ 同一世帯内の被保険者及び70歳以上の方全員の署名・押印をお願いします。

-----以下、市(区)町記入欄-----

|    |                    |          |                                |    |    |                         |
|----|--------------------|----------|--------------------------------|----|----|-------------------------|
| 受付 | H 年 月 日<br>受付者 ( ) | 収入<br>確認 | H 年 月 日 / 確認書類名<br>確認者 ( ) ( ) | 公簿 | 判定 | (基・特 / 却下)<br>適用開始日 ( ) |
|----|--------------------|----------|--------------------------------|----|----|-------------------------|

< 申請書の記入例 >

○で囲んでいない項目については、6月3日時点の情報に基づき、あらかじめ記載していますので、誤りがございましたら訂正をお願いします。

| 後期高齢者医療基準収入額適用申請書   |  |             |               |
|---|--|-------------|---------------|
| 届出者名  | 兵庫 連太郎                                       | 本人との関係      | 子             |
| 届出者住所   | 明石市〇〇1丁目××番地                                 | 連絡先電話番号     | (078)000-1111 |
| 被保険者番号  | 0123****                                     | 0456****    |               |
| 個人番号  |  |             |               |
| フリガナ  | ヒョウゴ トモヒロ                                    | ヒョウゴ タカミ    |               |
| 氏名  | 兵庫 知広  | 兵庫 高美       |               |
| 住所  | 〒650-0021 神戸市中央区〇〇町1丁目〇番〇〇号 (078) 000 - 1122 |             |               |
| 生年月日  | 昭和7年6月7日                                     | 昭和4年3月3日    |               |
| 平成28年中の収入   | 公的年金<br>(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)    | 2,100,000 円 | 1,600,000 円   |
|   | 給与<br>(パート収入等含)                              | 250,000 円   | 0 円           |
|   | 公的年金・給与以外の収入<br>( )収入                        | 1,000,000 円 | 0 円           |
|   | 合計   | 3,350,000 円 | 1,600,000 円   |
| <p>(注) ・住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70歳以上の人(65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている人も含む)全員について、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。</p> |  |             |               |
| <p>平成29年7月7日までの申請にご協力ください。<br/>申請期限は平成29年7月31日(郵送の場合は7月31日消印有効)です。</p>  |  |             |               |
| <p>兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様<br/>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。<br/>平成29年7月6日</p>   |  |             |               |
| (申請者) 氏名  |  | 兵庫 知広       | 兵庫            |
| 氏名  |  | 兵庫 高美       | 兵庫            |
| 氏名  |  |             |               |
| <p>※ 同一世帯におられる被保険者及び70歳以上の方全員の署名・押印をお願いします。</p>   |  |             |               |

○で囲んでいる項目をご記入ください。

2,3ページ等をご参照の上ご記入ください。  
確定申告書の控え等収入額のわかる資料のコピーを添付してください。  
ただし、平成29年1月1日において当市(区)町に住所がある人の公的年金収入・給与収入については、添付書類は不要です。

申請者欄は収入額の判定対象の方全員の署名、押印をお願いします。

朱肉を使って押印してください。  
印鑑は認印で構いません。  
全員同じ印鑑でも差し支えありません。

基準収入額適用申請書記入時の注意点

< 収入額の記入が必要な方は・・・ >

- ◎ 同一世帯に他の後期高齢者医療被保険者がいる場合  
→あなたの収入額と同一世帯の後期高齢者医療被保険者の収入額を記載
- ◎ 同一世帯に他の後期高齢者医療被保険者及び70歳以上の方がいない場合  
→あなたの収入額を記載
- ◎ 同一世帯に他の後期高齢者医療被保険者がいなくて70歳以上75歳未満の方がいる場合
  - あなたのみの収入額が383万円未満の場合  
→あなたの収入額を記載
  - あなたのみの収入額が383万円以上で、あなたと70歳以上75歳未満の方との収入合計額が520万円未満の場合  
→あなたの収入額と70歳以上75歳未満の方の収入額を記載

< 記入すべき収入額とは・・・ >

- ① 確定申告をしている方は・・・  
確定申告をしている方は、第一表の左上にある「収入金額等」の欄(一時所得に係る収入額については、第二表の「雑所得(公的年金等以外)・配当所得・一時所得に関する事項」の欄)を確認してください。  
申告分離課税に係る申告(土地や建物等の譲渡による譲渡所得や株式の譲渡所得等)をしている方は、第三表が必要な場合もあり、各申告書の「収入金額等」の合計金額も合算対象となります。
  - ② 市町に対して申告をしている方は・・・  
市町民税申告をしている方は、市町民税の申告書の収入欄の合計額となります。
  - ③ 所得の申告をしていない方は・・・  
いずれの申告もしていない方(年金収入又は給与収入のみの方)は、源泉徴収票の「支払金額」欄の金額が収入額となります。
- ※ 複数の給与収入があり、源泉徴収票が複数ある場合は、それぞれの支払金額の合計額が収入額となります。
- ※ 退職金及び課税対象とはならない収入(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、災害弔慰金などの収入)は含まれませんので記入不要です。



<確定申告書のチェックポイント(①申告書A、②申告書(分離課税用)を例示)>

① 雑所得（公的年金以外）、配当所得、一時所得がある場合

平成〇〇年分の所得税及び復興特別所得税の確定申告書A

FA0112

住所 (又は居所) 個人番号 プリガカ 氏名 性別 世帯主の氏名 世帯主との続柄 生年月日 電話番号 自宅・勤務先・携帯

平成〇〇年1月1日の住所

整理番号 控除対象扶養親族の氏名 続柄 生年月日 控除額

| 収入金額等 | 与     | 雑所得 | 配当 | 一時 | 給与 |
|-------|-------|-----|----|----|----|
|       | 公的年金等 |     |    |    |    |
|       | その他   |     |    |    |    |

一時所得以外の収入はこの欄のア・イ・ウ・エの金額を記入してください。

一時所得はこの金額ではありません。

第一表 (平成二十八年分以降降用)

② 土地や建物等の譲渡による譲渡所得、株式等の譲渡所得、山林所得等の分離課税所得がある場合

平成〇〇年分の所得税及び復興特別所得税の申告書(分離課税用)

FA0036

番号 一連番号

この表は、「分離課税の所得」、「山林所得」又は「退職所得」がある場合に、その所得金額や所得税額を計算するために使用するものです。

特例適用条文

| 法  | 条  | 項  | 号 |
|----|----|----|---|
| 所法 | 捕法 | 震法 |   |
| 所法 | 捕法 | 震法 |   |
| 所法 | 捕法 | 震法 |   |

住所 号 氏名

収入金額

| 短期譲渡 | 長期譲渡 | 株式等の譲渡 | 山林 | 退職 |
|------|------|--------|----|----|
| 一般分  | 一般分  | 未公開分   |    |    |
| 軽減分  | 特定分  | 上場分    |    |    |
|      | 軽減分  | 先物取引   |    |    |
|      |      |        |    |    |

税金の計算

土地や建物等の譲渡による譲渡所得、株式等の譲渡所得、山林所得などの申告分離課税に係る申告をしている人は、この欄を確認してください。

第三表 (平成二十八年分以降降用) 第三表は、申告書Bの第

<「収入額」と「所得額」と「課税所得額」の違い...>

「収入額」とは、所得税法上の収入金額（退職所得に係る収入金額を除く）であり、自営業の人なら売上金額、サラリーマンの人なら給料の額面金額、年金収入の人なら介護保険料や税金を差し引く前の金額になります。

これに対して「所得額」は収入額から必要経費の額を引いた後の金額を指します。必要経費の額とは、自営業の人なら仕入等の経費の金額となり、サラリーマンの人や年金収入の人は経費としての「給与所得控除額」又は「公的年金控除額」がこれにあたります。これらの額はそれぞれ収入額に応じた一定の計算方法により求められます。

**所得額 = 収入額 - 収入額から差し引かれる金額**  
 (認められる経費の額、給与所得控除額、年金所得控除額)

今回「3割」と判定された根拠となる「住民税課税所得額」は「所得額」から「所得控除額」を差し引いた金額になります。「所得控除額」とはその人に応じた税負担を求めるために、被扶養者がいる、病気や災害などによる出費があったなどの個人的な事情に応じて所得額から差し引くものです。「配偶者控除」や「医療費控除」などがこれにあたります。

(注) 所得税と住民税では計算方法(控除額)が異なるため、確定申告書の所得税課税所得額と、負担割合の判定で使用している住民税課税所得額とは必ずしも一致しません。

**課税所得額 = 所得額 - 所得控除額**

平成〇〇年分の所得税及び復興特別所得税の確定申告書A

住所 氏名

一時所得(生命保険の満期返戻金等)に係る収入額については、第二表の「雑所得(公的年金等以外)・配当所得・一時所得に関する事項」の収入金額を記入してください。

| 所得の種類 | 種目・所得の生ずる場所 | 収入金額 | 必要経費等 |
|-------|-------------|------|-------|
|       |             | 円    | 円     |

扶養 個人番号 控除額

第二表 (平成二十八年分以降降用)