非課税世帯用（低所得者区分）

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

＊こちらの申請書は**被保険者の市区町村民税(住民税)が非課税**の世帯用の申請書です。

＊認定証の使用予定が4月～7月の場合は、前年度の課税状況が該当します。

《注意事項》

下記１～３のいずれかに該当する方は、申請されても非課税（低所得者）区分は適用されません。
1．被保険者の標準報酬月額が５３万円以上の世帯の方
2．７０歳以上で高齢受給者証の負担割合が３割の方
3．被保険者の住民税が所得割のみ非課税の方（住民税の均等割が発生している方）

ソニー健康保険組合　理事長殿

下記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定を申請します。

記入日：令和　　年　　月　　日

被保険者(申請者)情報

被保険者の記号・番号	記号	番号	□ 申請書は被保険者本人が記入しました □ 申請書は代理人が記入しました 代理人の直筆署名(　　)
氏名	(フリガナ)		生年月日 □昭和 □平成　年　月　日
住所	〒　　－		
電話番号（日中の連絡先）	携帯：　－　－ 自宅：　－　－	メールアドレス（日中の連絡先）	

□ 健康保険法第197条「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」に基づいてマイナンバーよる収入額の確認を了承いたします。

1月2日以降に転居した方は1月1日の住所を記入

〒　　－

認定対象者

氏名	(フリガナ)	生年月日 □昭和 □平成 □令和　年　月　日

認定書の送付先

緊急等で上記の「被保険者住所・被保険者宛」以外に、認定証の送付を希望する場合のみご記入ください。

住所	〒　　－		
宛名（個人名）	(フリガナ)	被保険者との続柄	
		受取人TEL	－　－

医療機関宛の送付には、医療機関の許可が必要です。(病棟・部屋番号等の記入が必要です)

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。

こちらのページの記入は「これまでに90日以上長期入院をしている方」が対象です。

長期入院に該当している場合は、入院期間を証明するもの（入院期間が記載されている領収書のコピー等）を添付してください。

＊該当しない場合は、こちらのページの記入および提出の必要はありません。

長期入院欄			
申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間		
1 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年　月　日　から　年　月　日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		
2 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年　月　日　から　年　月　日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		
3 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年　月　日　から　年　月　日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		
4 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年　月　日　から　年　月　日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年　月　日　から　年　月　日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。

非課税世帯用（低所得者区分）

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

＊こちらの申請書は被保険者の市区町村民税(住民税)が非課税の世帯用の申請書です。

＊認定証の使用予定が4月～7月の場合は、前年度の課税状況が該当します。

《注意事項》

下記１～３のいずれかに該当する方は、申請されても非課税（低所得者）区分は適用されません。
1．被保険者の標準報酬月額が５３万円以上の世帯の方
2．７０歳以上で高齢受給者証の負担割合が３割の方
3．被保険者の住民税が所得割のみ非課税の方（住民税の均等割が発生している方）

ソニー健康保険組合　理事長殿

下記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定を申請します。

記入日:令和 7 年 4 月 1 日

被保険者(申請者)情報

被保険者の記号・番号	記号 123　番号 456789	☑ 申請書は被保険者本人が記入しました ☐ 申請書は代理人が記入しました 代理人の直筆署名(　　)
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 ☑昭和 ☐平成　年 60　月 12　日 2
住所	〒 111 － 1111 東京都○○区△△1-1-1 ××マンション101	
電話番号(日中の連絡先)	携帯: 090 － 1234 － 5678 自宅: 03 － 9876 － 5432	メールアドレス(日中の連絡先) Kenpo.taro@OO.com

☑ 健康保険法第197条「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」に基づいてマイナンバーによる収入額の確認を了承いたします。

1月2日以降に転居した方は1月1日の住所を記入

〒　　－

認定対象者

氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子
生年月日	☐昭和 ☑平成 ☐令和　年 1　月 11　日 30

認定書の送付先

緊急等で上記の「被保険者住所・被保険者宛」以外に、認定証の送付を希望する場合のみご記入ください。

住所	〒 222 － 22 ○×県△□市　　ション101
宛名(個人名)	(フリガナ) ケンポ ハ　　妻 健保　　090 － 1234 － 5678

緊急の場合のみご記入ください（通常の事前申請の際は記入不要です）

医療機関宛の送付には、医療機関の許可が必要です。(病棟・部屋番号等の記入が必要です)

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。

こちらのページの記入は「これまでに90日以上長期入院をしている方」が対象です。

長期入院に該当している場合は、入院期間を証明するもの（入院期間が記載されている領収書のコピー等）を添付してください。

＊該当しない場合は、こちらのページの記入および提出の必要はありません。

長期入院欄			
申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	123 日間		
1 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	6年 11月 1日 から 7年 1月 31日まで		123 日間
入院した 保険医療機関等	名　称	○○病院	
	所在地	○○県▲▲市××1－1－1	
2 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで		日間
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		
3 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで		日間
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		
4 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで		日間
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで		日間
入院した 保険医療機関等	名　称		
	所在地		

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。