

# 非課税世帯の『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証』の発行について

## ◆市区町村民税非課税世帯の高額療養費の現物給付について

事前申請により発行される『限度額適用・標準負担額減額認定証』（以下『認定証』）を被保険者証とともに医療機関等窓口で提示（※1）し受診すると、高額療養費が現物給付され窓口での負担は住民税非課税世帯（低所得者）区分の自己負担限度額までとなります。また、入院した場合の食事にかかる費用のうち、認定証を提示することで、入院時食事療養費の標準負担額が軽減されます。

以下1～2の方が低所得者区分の対象者となります。適用させるには、健保にてマイナンバー情報を利用して被保険者が非課税であることの確認（※2）および資格情報への登録が必要となるため、申請書の提出が必要です。

1. 70歳未満の被保険者で標準報酬月額が53万円未満、かつ被保険者の住民税が非課税世帯の方
2. 70歳以上で高齢受給者証の負担割合が『2割』、かつ被保険者の住民税が非課税の世帯の方

\*70歳以上で高齢受給者証の負担割合が『3割』の方、70歳未満の被保険者で標準報酬月額が53万円以上の世帯の方については、非課税（低所得者）区分の適用は受けられません。

※1 70歳以上の方は『高齢受給者証』も併せて提示してください。

※2 マイナンバー情報を利用して被保険者の非課税確認ができなかった場合は、非課税証明書等の提出が必要となります。

## ◆非課税世帯（低所得者区分）の自己負担限度額一覧表

同一月に複数の医療機関等を受診した場合、それぞれの医療機関等ごとに自己負担限度額までの負担が必要です。なお、同一医療機関でも入院・外来、医科・歯科は別々に算定、また、薬局では処方箋を発行した医療機関ごとに調剤費が算定されるため、一つの薬局で複数の医療機関からの処方箋がある場合には別々の算定となります。

1. 70歳未満の低所得者区分の自己負担限度額、および入院時食事療養費の標準負担額		
入院・外来（世帯単位）	入院時食事療養費の標準負担額（1食）	限度額認定証符号
35,400円【多数該当：24,600円（※3）】	210円（※4）	オ

2. 70歳以上の低所得者区分の自己負担限度額、および入院時食事療養費の標準負担額			
外来+入院		入院時食事療養費の標準負担額（1食）	度額認定証符号
外来（個人ごと）	（世帯ごと）		
8,000円	24,600円	210円（※4）	低所得Ⅱ
	15,000円	100円	低所得Ⅰ（※5）

※3 同一世帯で過去1年間に3回以上高額療養費の支給を受け、4回目以降の支給を受ける場合は多数該当となり【】内の金額が自己負担上限額となります。なお、多数該当の取り扱いについては、それぞれの医療機関等において多数回にあてはまる場合のみ適用されます。

※4 申請前1年間に90日を超えて入院した場合、長期（160円）です。入院期間が記載されている証明証等が必要です。

※5 被保険者およびその被扶養者全員が市町村民税非課税で、所得が一定基準（年金収入80万円以下等）を満たす方等

## ◆ご注意

申請書受付月以前の認定証は発行できませんので、日程に余裕を持ってご提出をお願いします。認定証は、申請書をソニー健保で受け付けた日の属する月の1日から7月末日まで有効なものを発行します。長期にわたる療養で非課税が継続される場合は、再度、申請書をご提出ください。※申請のあった月に資格取得した方、被扶養者となった方は資格取得日または扶養認定日からとなります。

## ◆申請方法および書類提出・問い合わせ先

『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書』に必要事項を記入のうえ下記へ送付してください。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階

ソニー健康保険組合 給付担当宛 (TEL: 050-3807-5059)

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証の交付を申請します。 記入日：令和 年 月 日

被保険者（在職社員または退職者本人）の情報			
① 被保険者証 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 氏名	(フリガナ)
被保険者 住所	〒	-	
③ 連絡先電話	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅・職場	TEL : - -	(平日の日中に連絡可能な番号)
	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅・職場	TEL : - -	(平日の日中に連絡可能な番号)
	メールアドレス	(常時確認可能なアドレス)	
④ <input type="checkbox"/>	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。		
④ 1月2日以降に転居した方は 1月1日の住所を記入して下さい	道・県 都・府	市・区 郡	町
限度額認定証が必要な方の情報			
⑤ 認定対象者 氏名	(フリガナ)	⑥ 被保険者 との続柄	⑦ 生年 月日 昭和 平成 令和 年 月 日
⑧ 申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 延長 (有効期限の切れた認定証はソニー健保へご返却ください) 新規の場合は申請書受領月の1日から、延長の場合は有効期限の翌日から発行します。		

原則、③被保険者住所②被保険者氏名宛で、認定証を送付します。  
緊急等で上記以外に発送希望の場合記入してください。

※医療機関宛の送付には医療機関の許可が必要です。

〒

住所

宛名（受取人） 様

被保険者との続柄

受取人TEL

ソニー健保使用欄

受付印

備考

なお、②被保険者が非課税で、⑤認定対象者（認定証が必要な方）が長期入院等をされている場合は、食事療養標準負担額の減額申請ができますので、2ページ目もご記入ください。

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証のコピー等）を添付してください。

\*該当しない方は、こちらのページの記入および提出の必要はありません。

⑨被保険者証の 記号-番号		-		⑩認定証が必要な方の 氏名				
⑪認定証が必要な方は、※長期入院に該当していますか ※長期入院とは、申請付以前12か月間にすでに90日以上入院していること						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑫ ⑪で「はい」と回答した方は下記をご記入ください。								
⑬	1	申請前1年間の入院期間（日数）	令和    年    月    日から令和    年    月    日まで					日間
		入院をした保健医療機関等	名 称					
	所在地							
	2	申請前1年間の入院期間（日数）	令和    年    月    日から令和    年    月    日まで					日間
		入院をした保健医療機関等	名 称					
	所在地							
	3	申請前1年間の入院期間（日数）	令和    年    月    日から令和    年    月    日まで					日間
		入院をした保健医療機関等	名 称					
	所在地							
	4	申請前1年間の入院期間（日数）	令和    年    月    日から令和    年    月    日まで					日間
入院をした保健医療機関等		名 称						
	所在地							
5	申請前1年間の入院期間（日数）	令和    年    月    日から令和    年    月    日まで					日間	
	入院をした保健医療機関等	名 称						
所在地								

※ 入院時食事療養費の標準負担額（自己負担額）は1食460円（1日3食を限度とする）ですが、減額認定証を医療機関に提示することにより、1食210円（長期入院の場合は1食160円）になります。

## 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。

## &lt;注意事項&gt;

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。

- 被保険者の標準報酬月額が53万円以上の世帯の方
- 70歳以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方
- 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証の交付を申請します。

記入日：令和 6年 4月 1日

被保険者（在職社員または退職者本人）の情報					
① 被保険者証 記号・番号	記号 番号 999 - 999999	② 被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
被保険者 住所	〒 111 - 1111 〇〇県××市△△△町1-2-3				
③ 連絡先電話	<input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅・職場	TEL: 090 - 9999 - 9999	(平日の日中に連絡可能な番号)		
	<input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・職場	TEL: 111 1111 1111	(平日の日中に連絡可能な番号)		
メールアドレス	必ずチェックしてください。 また、1月2日以降に転居されている方は記入して下さい。				
④ <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険法第197条「健康保険に加入した承ります。」	1月2日以降に転居した方は 1月1日の住所を記入して下さい				
	×△	道(県) 都・府	〇〇	市・区 郡	□□ 町 5-6-7
限度額認定証が必要な方の情報					
⑤ 認定対象者 氏名	(フリガナ) ケンポ イチロウ 健保 一郎	⑥ 被保険者 との続柄	長男	⑦ 生年月日	昭和 平成 令和 31 1 1 年 月 日
⑧ 申請の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 延長 (有効期限の切れた認定証はソニー健保へご返却ください) 新規の場合は申請書受領月の1日から、延長の場合は有効期限の翌日から発行します。				

原則、③被保険者住所②被保険者氏名宛で、認定証を送付します。  
緊急等で上記以外に発送希望の場合記入してください。

※医療機関宛の送付には医療機関の許可が必要です。

〒 222 - 2222

住所 ○×県△□市××町1-

◆◆マンション101

宛名(受取人) 健保 花子

被保険者との続柄 妻

受取人TEL 080 - 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)

ソニー健保使用欄

受付印

備考

なお、②被保険者が非課税で、⑤認定対象者（認定証が必要な方）が長期入院等をされている場合は、食事療養標準負担額の減額申請ができますので、2ページ目もご記入ください。

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証のコピー等）を添付してください。

\*該当しない方は、こちらのページの記入および提出の必要はありません。

⑨被保険者証の 記号-番号	<b>999 - 999999</b>	⑩認定証が必要な方の 氏名	<b>健保 太郎</b>	
⑪認定証が必要な方は、※長期入院に該当していますか ※長期入院とは、申請付以前12か月間にすでに90日以上入院していること		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑫ ⑪で「はい」と回答した方は下記をご記入ください。				
⑬	1	申請前1年間の入院期間（日数）	令和 <b>5</b> 年 <b>7</b> 月 日から令和 <b>5</b> 年 <b>10</b> 月 <b>31</b> 日まで <b>123</b> 日間	
		入院をした保健医療機関等	名 称	<b>〇〇病院</b>
	所在地		<b>〇〇県▲▲市××1-1-1</b>	
	2	申請前1年間の入院期間（日数）	令和 <b>5</b> 年 <b>11</b> 月 <b>1</b> 日から令和    年    月    日まで <b>入院中</b> 日間	
		入院をした保健医療機関等	名 称	<b>〇〇大学付属病院</b>
	3	申	<b>《記入例》      2ページ目※対象の方のみ記入</b>	
		入		
	4	申請前1年間の入院期間（日数）	令和    年    月    日から令和    年    月    日まで    日間	
		入院をした保健医療機関等	名 称	
	所在地			
5	申請前1年間の入院期間（日数）	令和    年    月    日から令和    年    月    日まで    日間		
	入院をした保健医療機関等	名 称		
所在地				

※ 入院時食事療養費の標準負担額（自己負担額）は1食460円（1日3食を限度とする）ですが、減額認定証を医療機関に提示することにより、1食210円（長期入院の場合は1食160円）になります。