

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。

- 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 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490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230円（長期入院の場合は1食180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。

<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。

- 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 6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)		
④	健康保険法第197条「健康保険料の徴収」に同意します。 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	999 - 999999	⑩認定証が必要な方の 氏名	健保 太郎	
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 5 年 7 月 1 日から令和 5 年 10 月 31 日まで 123 日間	
	1	入院をした保健医療機関等	名 称	〇〇病院
			所在地	〇〇県▲▲市××1-1-1
	2	申請前1年間の入院期間（日数）	令和 5 年 11 月 1 日から令和 年 月 日まで 入院中 日間	
	2	入院をした保健医療機関等	名 称	〇〇大学付属病院
《記入例》 2ページ目※対象の方のみ記入				
3	申請前 入院を			
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490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230円（長期入院の場合は1食180円）になります。