

《記入例》被保険者が非課税でない場合 1ページ目

務理事	事務長	係	係

70歳以上

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険限度額適用認定申請書

[兼 食事療養標準負担額減額申請書 (被保険者が非課税の場合に限る)]

平成 26 年 12 月 20 日

① 被保険者証の 記号一番号	999 - 999999	② 被保険者の氏名・押印 ※被保険者本人が氏名を記入 した場合は押印不要	健保 太郎	㊟ ※認印
③ 日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	03-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	090-9999-9999
④ 認定証が必要な方	氏 名	健保 花子	生年月日	昭和 50 年 4 月 14 日
⑤ 申請の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 延長申請	⑥ 使用予定	平成 27 年 1 月	※ 認定証の交付は、申請書を ソニー健保で受付けた日の 属する月からとなります。
⑦ 送付先住所	〒 999-9999 〇〇〇県 △△△市 ▲▲▲町 99-99 □□□マンション 999 号室 宛 名 <u>健保 太郎</u> 様 ※宛名が被保険者以外の場合、「⑧委任状」にご記入ください			
⑧ 委任状 ※⑦の宛名が被保険者 以外の場合にご記入 ください。	私は⑦に記載の者を代理人と定め、上記のとおり申請した認定証の受領方を委任します。 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____ ㊟ ※押印必須。シャチハタ不可。			

被保険者が当年度（この書類を提出するのが4月～7月の場合は前年度）の市（区）町村民税が非課税の場合は『市町村民税非課税証明書（原本）』の添付、または以下に市区町村長より証明を受け申請してください。

なお、被保険者が非課税の場合は、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。

⑨ 市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、平成 年 月 日 被保険者が非課税でない場合、証明不要です 市区町村長名 _____ ㊟
---------------	---

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を越えて個人情報を取扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒108-0075 東京都港区港南 1-7-1 ソニー本社ビル 11 階 ソニー健康保険組合 給付担当宛 TEL：050-3807-5059

《記入例》被保険者が非課税でない場合 2 ページ目

〔ここより下は、食事療養標準負担額減額申請のための記入になりますので、
被保険者が非課税の場合のみ、ご記入ご提出ください〕

⑩ 被保険者証の 記号—番号	—	⑪ 認定証が必要な方の氏名	
⑫ 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、申請月以前12ヶ月間にすでに90日間以上入院していること		はい	いいえ
「はい」と答えた方は下記をご記入ください。			
1	申請前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
2	申請前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
3	申請前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
4	申請前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	申請前1年間の入院期間（日数）	名称	
		所在地	
5	申請前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

被保険者が非課税でない場合、このページは提出不要です

※ 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）を添付の上、申請してください。

※ 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で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）となります。

《記入例》被保険者が非課税の場合 1 ページ目

常務理事	事務長	係	係

70歳以上

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険限度額適用認定申請書

[兼 食事療養標準負担額減額申請書 (被保険者が非課税の場合に限る)]

平成 26 年 12 月 20 日

① 被保険者証の 記号-番号	999 - 999999	② 被保険者の氏名・押印 ※被保険者本人が氏名を記入 した場合は押印不要	健保 太郎	㊟ ※認印
③ 日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	03-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	090-9999-9999
④ 認定証が必要な方	氏 名	健保 花子	生年月日	昭和 50 年 4 月 14 日
⑤ 申請の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 延長申請	⑥ 使用予定	平成 27 年 1 月	※ 認定証の交付は、申請書を ソニー健保で受付けた日の 属する月からとなります。
⑦ 送付先住所	〒 999-9999 〇〇〇県 △△△市 ▲▲▲町 99-99 □□□マンション 999 号室 宛 名 健保 太郎 様 ※宛名が被保険者以外の場合、「⑧委任状」にご記入ください			
⑧ 委任状 ※⑦の宛名が被保険者 以外の場合にご記入 ください。	私は⑦に記載の者を代理人と定め、上記のとおり申請した認定証の受領方を委任します。 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____ ㊟ ※押印必須。シャチハタ不可。			

被保険者が当年度（この書類を提出するのが4月～7月の場合は前年度）の市（区）町村民税が非課税の場合は『市町村民税非課税証明書（原本）』の添付、または以下に市区町村長より証明を受け申請してください。

なお、被保険者が非課税の場合は、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。

⑨ 市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、平成 〇〇 年度の市（区）町村民税が課せられないことを証明する。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 市区町村長名 △△△市長 □□ □□ ㊟
---------------	--

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を越えて個人情報を取扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒108-0075 東京都港区港南 1-7-1 ソニー本社ビル 11 階 ソニー健康保険組合 給付担当宛 TEL：050-3807-5059

《記入例》被保険者が非課税の場合 2 ページ目

〔ここより下は、食事療養標準負担額減額申請のための記入になりますので、被保険者が非課税の場合のみ、ご記入ご提出ください〕

⑩ 被保険者証の 記号－番号	999 － 999999	⑪ 認定証が必要な方の氏名	健保 花子	
⑫ 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、申請月以前12ヶ月間にすでに90日間以上入院していること			はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
「はい」と答え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）	平成26年10月 5日から 平成26年10月14日まで 10日間	
		入院をした保険医療機関等	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）	平成26年10月15日から 平成 年 月 日まで 現在入院中 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	△△大学附属病院
			所在地	●●県▲▲市×× 9-9-9
	3	申請前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	
	4	申請前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
		申請前1年間の入院期間（日数）	名称	
			所在地	
	5	申請前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	

※ 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）を添付の上、申請してください。

※ 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で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）となります。