

70歳以上『健康保険限度額適用認定証』の発行について

◆対象者

- ①『高齢受給者証（3割負担）』をお持ちの方
- ②『高齢受給者証（2割負担）』をお持ちで、かつ被保険者の住民税が非課税世帯の方

◆高額療養費の現物給付について

医療機関や薬局(以下『医療機関等』)の窓口で高額な医療費を支払った場合に、ソニー健保では高額療養費(法定給付)と付加給付を自動(申請不要)償還払い(※1)により支給しています。

事前申請により発行される『健康保険限度額適用認定証』(以下『認定証』)を被保険者証および『高齢受給者証』とともに医療機関等窓口で提示(※2)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所得区分に応じた自己負担限度額まで(※3)となります。

なお、この高額療養費の現物給付は、あくまでも法定給付のみに適用されるものですので、ソニー健保独自の付加給付は現行通り自動償還払いとなります。

- ※1 ソニー健保の給付金(法定給付・付加給付)は、医療機関が発行するレセプト(医療費の請求書)を基に自動計算し支給します。(レセプトが届いた月の翌月(診療月から早くて3ヶ月後)に支給)
- ※2 医療機関窓口で『認定証』の提示をしなかった場合の高額療養費は、対象者①の方は「現役並みⅢ」の自己負担限度額が適用され、後日自動(申請不要)償還払いとなります。対象者②の方は「一般」の自己負担限度額が適用され、後日申請いただくことで高額療養費を支給します。
- ※3 『高齢受給者証(2割負担)』をお持ちで、かつ被保険者の住民税が非課税でない方は、『高齢受給者証』を提示することにより、高額療養費が現物給付されます。『認定証』は不要です。

◆70歳以上の自己負担限度額(月額)

適用区分		外来+入院		認定証符号
		外来(個人ごと)	(世帯ごと)	
3割負担	標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% 【多数回該当 140,100円】※1		現役並みⅢ
	標準報酬月額 53~79万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% 【多数回該当 93,000円】※1		現役並みⅡ
	標準報酬月額 28~50万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% 【多数回該当 44,400円】※1		現役並みⅠ
2割負担	標準報酬月額 28万円未満	18,000円 ※年間の上限 144,000円	57,600円 【多数回該当 44,400円】※1	一般
	Ⅱ住民税非課税世帯※2	8,000円	24,600円	低所得Ⅱ
	Ⅰ住民税非課税世帯※2 (年金収入 80万円以下など)		15,000円	低所得Ⅰ

記号 600の方はこの区分で発行します

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 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回該当となり、自己負担限度額が下がります。
 多数回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。
- ※2 住民税非課税の『認定証』が必要な方は、原則健保にてマイナンバーから被保険者の非課税確認を行います。確認できなかった場合には証明書等の提出が必要となります。
- ※ 高齢受給者証(3割負担)をお持ちの方は、住民税非課税の区分は適用されませんので、非課税証明は不要です。

◆申請方法

『健康保険限度額適用認定申請書』に必要事項を記入のうえ申請してください。

※70歳以上で保険証記号 600 以外の保険証をお持ちの方は、申請月の標準報酬月額に応じて区分が決定されます。

◆ご注意

認定証は、申請書をソニー健保で受付けた日の属する月の1日から直近の8月末日まで有効の証を発行します。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。

- ※ 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。
- ※ 住民税非課税の『認定証(低所得ⅡⅠ)』については、7月末日まで有効の証を発行いたします。

◆書類提出・問い合わせ先

〒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)

70歳以上

常務理事	事務長	係	係

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 年 月 日

① 被保険者証の 記号－番号	—		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			㊟ ※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 type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯		— —	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯		— —
④ 認定証が 必要な方	氏名			生年月日	昭和	年 月 日
⑤ 申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 延長申請	⑥ 使用予定	平成	年 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	〒 — 宛名 _____ 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_____年度の市（区）町村民税が課せられないことを証明する。 平成 年 月 日 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

〔 **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。				
⑬	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	

※ 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。