

『健康保険限度額適用認定証』の発行について

◆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より1ヶ月後(診療月から早くも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、後日自動(申請不要)償還払いにより支給します。
- ※3 70歳以上75歳未満の方は、『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。

◆70歳未満の自己負担限度額(月額)

区 分	入院・外来(世帯単位)	限度額 認定証符号
標準報酬月額83万円以上	252,600円+[(医療費総額-842,000円)×1%]	ア
標準報酬月額53万円以上83万円未満	167,400円+[(医療費総額-558,000円)×1%]	イ
標準報酬月額28万円以上53万円未満	80,100円+[(医療費総額-267,000円)×1%]	ウ
標準報酬月額28万円未満	57,600円	エ
低所得者(住民税非課税者)	35,400円	オ

※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。

※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、自己負担限度額も次のようになります。
標準報酬月額83万円以上:140,100円、53万円以上83万円未満:93,000円、53万円未満:44,400円、低所得者:24,600円
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。

◆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。

※低所得者の『認定証』の発行が必要な方は、非課税証明が必要になります。

ただし、被保険者の標準報酬月額が53万円以上の方、また、70歳以上の現役並み所得者(「3割」の高齢受給者証をお持ちの方)については、低所得者の区分は適用されませんので、非課税証明は不要です。

◆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6ヶ月間有効の証を発行いたします。

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。

※低所得者については、7月31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)

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 記号一番号	—	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・平成 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 認定証送付先 ※右記のいずれか一方に ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 社内送達便 ※建物、階、営業所等 詳しくご記入下さい	会社名 所 属 勤務先 tel (— —) 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		
	<input type="checkbox"/> 郵 便	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・日付印不可。			

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。

1. 法令に基づく場合
2. 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
3. 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
4. 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 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260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

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 type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" 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・平成 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 認定証送付先 ※右記のいずれか一方に ご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 社内送達便 ※建物、階、営業所等 詳しくご記入下さい	会社名	〇〇〇(株) △△△ビル ▲▲階	
	<input type="checkbox"/> 郵便	所 属	□□□部 ×××課	
		勤務先 tel	(9 - 999 - 9999)	
		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	
		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・日付印不可。			

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 26 年 12 月 20 日現在、非課税と認められることを証明する。 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 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260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

ソニー健康保険組合 理事長殿

常務理事	事務長	係	係

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 type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" 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・平成 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 認定証送付先 ※右記のいずれか一方に ご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 社内送達便 ※建物、階、営業所等 詳しくご記入下さい	会社名	〇〇〇(株) △△△ビル ▲▲階	
	<input type="checkbox"/> 郵便	所 属	□□□部 ×××課	
		勤務先 tel	(9 - 999 - 9999)	
		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	
		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・日付印不可。			

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 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260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。