

常務理事	事務長	係	係

ソニー健康保険組合 理事長殿

証明書発行申請書

被保険者証の 記号-番号	999 - 999999	被保険者の氏名・押印 ※被保険者が氏名を記入し た場合は押印不要	健保 太郎	
日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に利用します	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	03 - 9999 - 8888	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	- -

※必要な証明書の番号に○をつけ、必要事項を記入して下さい。

①	健康保険資格喪失・削除証明書 ※この証明書は喪失（削除）日以降でないと発行できません。	被扶養者の分も必要な場合は右欄を記入してください。	続柄	被扶養者氏名
2	健康保険加入期間の証明		妻	健保 花子
各種医療費通知 ※いずれかにチェックしてください				
3	<input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ	1年間（前年4月～当年3月）、家族全員がどれだけ医療費を使ったか、理解できるようになっている。	平成____年分	
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書	ソニー健保が給付する一部負担還元金、家族療養付加金などの内訳がわかるようになっている。	平成____年__月支給分 ～平成____年__月支給分	
4	国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明			
5	その他 名称(内容)		※回答に際して指定の用紙があれば添付すること	

<証明書返送先について>

- ①選択した証明書が
 - ・『国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明』の場合
事業所に送付することに同意する場合 ⇒ 以下の記入は必要ありません。
 - 〃 同意しない場合 ⇒ 下記②、③を確認してください。
 - ・それ以外の場合 ⇒ 下記②、③を確認してください。
- ②事業所在籍者の場合
 - ・社内送達便が届く方 ⇒ 職場経由になるので下記社内送達便の宛先を記入してください。
 - ・社内送達便が届かない方 ⇒ 事業所経由での送付になるので以下の記入は必要ありません。
- ③被保険者資格喪失者、任意継続被保険者、特例退職被保険者
自宅送付になるので下記住所、宛名を記入してください。

※返送先の宛名が申請者氏名と異なる場合はご記入下さい

申請者 _____ は _____ を代理人と定め、標記のとおり申請した証明書の受領方を委任します。
 (申請者の氏名) (受取人の氏名)

申請者 住 所

氏 名 ㊟

証明書返送先	郵便の場合	住 所 〒 - 宛 名 _____ 様
	社内送達便の場合	品川インターシティ B棟 11F SOHC(株)社会保険センター 健康保険 G P

【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。

〒108-6111 東京都港区港南 2-15-2 品川インターシティ B棟 11F

ソニー健康保険組合 TEL：03-5769-6618 FAX：03-5769-6582

常務理事	事務長	係	係

ソニー健康保険組合 理事長殿

証明書発行申請書

被保険者証の 記号-番号	999 - 999999	被保険者の氏名・押印 ※被保険者が氏名を記入し た場合は押印不要	健保 太郎	
日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に利用します	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	03 - 9999 - 8888	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	- -

※必要な証明書の番号に○をつけ、必要事項を記入して下さい。

1	健康保険資格喪失・削除証明書 ※この証明書は喪失（削除）日以降でないと発行できません。	被扶養者の分も必要な場合は右欄を記入してください。	続柄	被扶養者氏名
2	健康保険加入期間の証明			
各種医療費通知 ※いずれかにチェックしてください				
③	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費のお知らせ	1年間（前年4月～当年3月）、家族全員がどれだけ医療費を使ったか、理解できるようになっている。	平成 <u>22</u> 年分	
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書	ソニー健保が給付する一部負担還元金、家族療養付加金などの内訳がわかるようになっている。	平成 年 月支給分 ～平成 年 月支給分	
4	国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明			
5	その他 名称(内容)		※回答に際して指定の用紙があれば添付すること	

<証明書返送先について>

- ①選択した証明書が
 - ・『国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明』の場合
事業所に送付することに同意する場合 ⇒ 以下の記入は必要ありません。
〃 同意しない場合 ⇒ 下記②、③を確認してください。
 - ・それ以外の場合 ⇒ 下記②、③を確認してください。
- ②事業所在籍者の場合
 - ・社内送達便が届く方 ⇒ 職場経由になるので下記社内送達便の宛先を記入してください。
 - ・社内送達便が届かない方 ⇒ 事業所経由での送付になるので以下の記入は必要ありません。
- ③被保険者資格喪失者、任意継続被保険者、特例退職被保険者
自宅送付になるので下記住所、宛名を記入してください。

※返送先の宛名が申請者氏名と異なる場合はご記入下さい

申請者 _____ は _____ を代理人と定め、標記のとおり申請した証明書の受領方を委任します。
 (申請者の氏名) (受取人の氏名)

申請者 住 所

氏 名 ㊟

証明書返送先	郵便の場合	住 所 〒 - 宛 名 様
	社内送達便の場合	品川インターシティ B棟 11F SOHC(株)社会保険センター 健康保険 G P

【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。
 〒108-6111 東京都港区港南 2-15-2 品川インターシティ B棟 11F
 ソニー健康保険組合 TEL：03-5769-6618 FAX：03-5769-6582