

Please circle the number of each required certificate and provide the information requested.

Name of the insured
(If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.)

平成 年 月 日

ソニー健康保険組合 理事長殿

Health insurance card symbol/ number

Certificate Issue Request 証明書発行申請書

常務理事	事務長	係	係

被保険者証の記号-番号	999 - 999999	申請者の氏名・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	①	続柄	本人 Relationship
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	-	-	-

Daytime telephone number
Home / Office / Cell phone

※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。

Certification of period of health insurance coverage

①	健康保険資格喪失・削除証明書 Certificate of loss of health insurance eligibility or coverage cancellation	被扶養者の分も必要な場合は右欄を記入してください。 Complete the right-hand column, if necessary	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
			Relationship	Name of dependent
各種医療費通知 ※いずれかにチェックしてください *Check either of the following Notice of medical costs				
3	<input type="checkbox"/> 1月発行分 健康保険医療費給付支給証明書	January notice: certificate of payment of health insurance medical costs	平成 年分	
	<input type="checkbox"/> 7月発行分 医療費のお知らせ	July notice: Notice of Medical Costs	平成 年分	
	<input type="checkbox"/> 毎月発行分 保険給付金・支給決定通知書	Monthly notices: notices of decision concerning health insurance benefit payments	平成 年 月分 ~ 平成 年 月分	
4	国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明	Certificate of eligibility as an insured individual (type 3) under the National Pension System		
5	その他 名称(内容) Others	※回答に際して指定の用紙があれば添付すること * Attach the designated response form if one is specified.		

<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。

証明書返送先	郵便の場合 For return by postal mail	住所 〒 - 宛名 Address 様
Address to which to return certificates	社内送達便の場合 For return by in-house mail	本社研修会館2F 品川営業所 業務室 適用GP

返送先の宛名が被保険者氏名と異なる場合はご記入下さい

Letter of attorney

委任状	申請者	申請者の氏名	受取人の氏名
	申請者	住所 Address of the applicant	氏名 Name of the applicant
	申請者	氏名 Name of the applicant	Seal

The applicant (Applicant's name) hereby authorizes (Recipient's name) as an agent to serve on his/her behalf and to receive the certificate mentioned in the title.

※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。

〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107

受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

Please circle the number of each required certificate and provide the information requested.

Name of the insured
(If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.)

平成 年 月 日

ソニー健康保険組合 理事長殿

Health insurance card symbol/ number

Certificate Issue Request 証明書発行申請書

常務理事	事務長	係	係

被保険者証の記号-番号 999 - 999999	申請者の氏名・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	続柄 本人 Relationship
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 ☐自宅 ☑勤務先 ☐携帯	03 - 9999 - 8888	☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯

Daytime telephone number
Home / Office / Cell phone

※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。

Certification of period of health insurance coverage

1	健康保険資格喪失・削除証明書 Certificate of loss of health insurance eligibility or coverage cancellation	被扶養者の分も必要な場合は右欄を記入してください。 Complete the right-hand column, if necessary	続柄	被扶養者氏名
2	健康保険加入期間の証明			
3	各種医療費通知 ※いずれかにチェックしてください *Check either of the following Notice of medical costs			
	<input checked="" type="checkbox"/> 1月発行分 健康保険医療費給付支給証明書 January notice: certificate of payment of health insurance medical costs		平成 16 年分	
	<input type="checkbox"/> 7月発行分 医療費のお知らせ July notice: Notice of Medical Costs		平成 ____ 年分	
	<input type="checkbox"/> 毎月発行分 保険給付金・支給決定通知書 Monthly notices: notices of decision concerning health insurance benefit payments	どの内訳が	平成 ____ 年 ____ 月分 ~ 平成 ____ 年 ____ 月分	
4	国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明 Certificate of eligibility as an insured individual (type 3) under the National Pension System			
5	その他 名称(内容) Others ※回答に際して指定の用紙があれば添付すること * Attach the designated response form if one is specified.			

<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。

証明書返送先	郵便の場合 For return by postal mail	住所 〒 ____ 宛名 Address
Address to which to return certificates	社内送達便の場合 For return by in-house mail	本社研修会館2F 品川営業所 業務室 適用GP

返送先の宛名が被保険者氏名と異なる場合はご記入下さい

Letter of attorney

委任状	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 住所 Address of the applicant
	氏名 Name of the applicant (印) Seal

The applicant (Applicant's name) hereby authorizes (Recipient's name) as an agent to serve on his/her behalf and to receive the certificate mentioned in the title.

※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。

〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107

受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)