

Application for Suspension/Resumption of Insurance Benefits Payments

ソニー健康保険組合 理事長殿

保険給付支給 **停止** 復活 申請書

常務理事	事務長	係	係

平成 年 月 日

Health insurance card symbol/ number

①被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印	Name and Seal of the insured 健保 太郎
--------------	---------------------	-------------	---------------------------------------

Daytime telephone number Home/Office/Cell phone

Address of the insured

③被保険者の住所・連絡先	〒999-999999 東京都品川区北品川6-7-35	日中連絡の取れる電話番号 自宅・勤務先・携帯 999 - 9999 - 9999
--------------	--------------------------------	--

1. Medical certificate issued by local government (prefecture or municipality)
2. Medical certificate already held, but insurance transferred from another health insurance society to the Sony Health Insurance Society
3. Period for subsidy expired
4. No longer eligible for subsidy after relocation
5. Subsidy content changed after relocation
6. Others

Information on the dependent if he or she was the insured individual

④この申請書を提出する理由 ※当てはまるものに○ Reason for submitting this application (Circle all applicable items)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自治体(都道府県・市区町村)から医療証が発行された為 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 以前から医療証を持っていたが、他健保からソニー健保へ異動してきた為 <input type="checkbox"/> 3. 助成期間が終了した為 <input type="checkbox"/> 4. 引越しをして助成対象からはずれた為 <input type="checkbox"/> 5. 引越しをして助成内容が変わった為 <input type="checkbox"/> 6. その他 ()
---	---

⑤この申請が被扶養者の申請のときはその者の	(a) 氏名 Name 健保 次郎	(b) 生年月日 Birth Date (Showa/ Heisei, Y/M/D) S・H 17年1月1日	(c) 被保険者との続柄 Relationship with the insured 長男
-----------------------	----------------------	---	--

Names of prefecture and municipality in which residence was registered

⑥住民登録をする都道府県・市区町村名 ※上記住所と異なる場合のみ記入	東京 都道府県 品川 区市町村
---------------------------------------	-----------------

⑦公費の種類 ※当てはまるものに○ Type of public subsidy	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 乳幼児医療費助成 <input type="checkbox"/> 2. 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 3. 精神保健福祉法による助成 (措置入院・通院医療) <input checked="" type="checkbox"/> 4. 身体障害者福祉法による助成 <input type="checkbox"/> 5. 児童福祉法による助成 (育成医療・療養の給付) <input type="checkbox"/> 6. 母子保健法による助成 <input type="checkbox"/> 7. その他 ()	⑧公費受給者番号 999999	⑨公費該当年月日 S・H 17年1月1日	⑩公費不該当年月日 S・H 年 月 日
--	---	--------------------	-------------------------	------------------------

Public subsidy recipient no.

Date (Y/M/D) of eligibility for public subsidy

Date (Y/M/D) of ineligibility for public subsidy

⑪公費助成内容 ※当てはまるものに○ Nature of public subsidy	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 医療機関の窓口で支払いがない <input type="checkbox"/> 2. 医療機関の窓口で支払いがある <input type="checkbox"/> (a) 受診1回につき 円負担・月 回まで <input type="checkbox"/> (b) 受診1回につき 割負担 <input type="checkbox"/> (c) その他 ()
---	---

1. Infant medical care subsidy
2. Child medical care subsidy
3. Subsidy pursuant to the Law Concerning the Mental Health and Welfare of Individuals with Mental Disorders (inpatient/outpatient treatment)
4. Subsidy pursuant to Law for the Welfare of Physically Disabled Individuals
5. Subsidy pursuant to the Child Welfare Law (childcare medical benefits)
6. Subsidy pursuant to Maternal and Child Health Law
7. Others

1. No payment made at medical institution
2. Payment made at medical institution
(a) Up to _____ yen/visit or _____ times/month
(b) Up to _____ % of copayment/visit
(c) Others

推進し
同意を

であつ
くに特

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つて、本人
ばすおそれがあるとき

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。

健康組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107

～17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)