

【資格喪失（削除）後の届出用】

ソニー健保適用事業所（退職時事業所）經由

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 資格確認書 減失届【被扶養者分含む】

下記のとおり、資格確認書を減失しましたので、届出します。

なお、資格を喪失した日（退職日の翌日）または、扶養削除日以降に資格確認書を使用して診療を受けた場合には、その診療に係る保険給付費の全額を組合に返還します。

また、この届を提出後であっても、減失した有効期限内の資格確認書を発見したときは、直ちに返納します。

被保険者 記号・番号				被保険者の記号・番号が不明の場合は 個人番号(マイナンバー)を記入ください
記号		番号		
被保険者 個人番号（マイナンバー）				
被保険者 氏名			被保険者 生年月日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
退職時事業所名 ※被保険者自身が退職し、被保険者の記号・番号が不明の場合			退職日	
			令和 年 月 日	
被保険者の本籍会社・所属部署 ※退職者は住民票住所を記入ください			確認欄	
			<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が 作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します				
(電話番号)		(メールアドレス)		
資格確認書を減失した対象者氏名、続柄、理由				
氏名	続柄	減失理由		
(フリガナ)				
(フリガナ)				
(フリガナ)				
(フリガナ)				

※ 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。  
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

事業主の証明	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主名
	電話番号

-----  
 受付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

【資格喪失（削除）後の届出用】

ソニー健康適用事業所（趣味事業所）経由

ソニー健康

健康

下記の  
なお、  
その診  
また、

常務理事	事務長	係	係

※ご注意ください！！

この申請書は、被保険者（社員）の退職やご家族が扶養から外れる際、紛失等により有効期限内の資格確認書を返却できない場合の届出用です。

（再交付が必要な場合は、別途再交付申請書にてご申請ください）

は、

被保険者 記号・番号			
記号	999	番号	999999
被保険者の記号・番号が不明の場合は 個人番号（マイナンバー）を記入ください			
被保険者 個人番号（マイナンバー）			
被保険者 氏名		被保険者 生年月日	
健保 元		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3 年 2 月 20 日	
退職時事業所名 ※被保険者自身が退職し、被保険者の記号・番号が不明の場合		退職日	
		令和 6 年 12 月 31 日	
被保険者の本籍会社・所属部署 ※退職者は住民票住所を記入ください		確認欄	
〇〇県〇〇郡〇〇町大字〇〇字〇〇9丁目9番地9号		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が 作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します			
(電話番号) 999-9999-9999		(メールアドレス) gen.kenpo@〇〇.com	
資格確認書を滅失した対象者氏名、続柄、理由			
氏名	続柄	滅失理由	
(フリガナ) ケンボ ゲン 健保 元	本人	資格確認書を入れていた財布を紛失したため	
(フリガナ)			
(フリガナ)			
(フリガナ)			

※ 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。  
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

事業主の証明	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主名
	電話番号

受付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

【資格喪失（削除）後の届出用】

ソニー健康適用事業所（ 単独事業所）経由

ソニー健康適用事業所

健康

下記の  
なお、  
その診  
また、

常務理事	事務長	係	係

※ご注意ください！！

この申請書は、被保険者（社員）の退職やご家族が扶養から外れる際、  
紛失等により有効期限内の資格確認書を返却できない場合の届出用です。

（再交付が必要な場合は、別途再交付申請書にてご申請ください）

は、

被保険者 記号・番号			
記号	999	番号	999999
被保険者の記号・番号が不明の場合は 個人番号（マイナンバー）を記入ください			
被保険者 個人番号（マイナンバー）			
被保険者 氏名		被保険者 生年月日	
健保 元		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3 年 2 月 20 日	
退職時事業所名 ※被保険者自身が退職し、被保険者の記号・番号が不明の場合		退職日	
		令和 年 月 日	
被保険者の本籍会社・所属部署 ※退職者は住民票住所を記入ください		確認欄	
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が 作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します			
(電話番号) 999-9999-9999		(メールアドレス) gen.kenpo@○○.com	
資格確認書を滅失した対象者氏名、続柄、理由			
氏名		続柄	滅失理由
(フリガナ) ケンポ ミホ 健保 美保		妻	自宅で保管していたが、保管場所に見当たらない
(フリガナ)			
(フリガナ)			
(フリガナ)			

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。  
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

事業主の証明	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主名
	電話番号

受付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--