

令和 年 月 日

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

被保険者の 記号-番号	—	被保険者の氏名		<input type="checkbox"/> 申請者本人が作成 した申請書である
生年月日	昭和 平成 年 月 日	日中連絡の 取れる連絡先 ※問い合わせの際 に利用します	電話 番号	
退職予定日 ※被保険者に退職予定 がある場合のみ記入	令和 年 月 日		メール アドレス	

※必要な証明書の番号に○をつけ、必要事項をご記入ください。

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	申請理由 （該当項目を選択してください） <input type="checkbox"/> 国保加入のため <input type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため <input type="checkbox"/> その他 （ ）	証明書の発行を希望する対象者 （続柄は詳しくご記入ください） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">続柄</th> <th style="width: 85%;">対象者氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	続柄	対象者氏名										
続柄	対象者氏名														
2	健康保険加入期間の証明														
3	各種医療費通知 ※保険診療を受けた月の3ヶ月後以降に発行されます。 ※ソニー健保ウェブサイト内の「マイページ」より閲覧・印刷できない方のみ申請してください。														
	<input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ（受診記録） 令和 年 月 ~ 令和 年 月 診療分	確定申告に 使用しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書 令和 年 月 ~ 令和 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														

証明書送付先

在籍者	社内送達便の宛先（休職者および、任継、特退加入者の方は自宅発送となりますので、被保険者住所をご記入ください。）
退職者又は退職予定者	被保険者住所 〒 — — 《 必須添付書類 》 被保険者氏名・送付先住所確認のため、以下①②のいずれか1点を添付してください。 ①運転免許証のコピー（国際免許証を除く。有効期限内のものに限る。氏名又は住所を変更された場合は両面とも必要） ②住民票のコピー（本籍は不要、発行日から6ヶ月以内のもの） ※上記書類と住所が異なる場合は、公共料金の領収書コピー（電気、都市ガス、水道、電話、NHKのいずれか。本人名義のもの）も添付 ※ソニー健保を資格喪失後に名字が変更になった場合は、戸籍抄本（発行日から6ヶ月以内のもの）も添付

※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

退職予定者

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

被保険者の 記号－番号	999 - 99999	被保険者の氏名	曾仁 健一	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人が作成した申請書である
生年月日	昭和 平成 55 年 1 月 15 日	日中連絡の取れる連絡先 ※問い合わせの際に利用します	電話番号 090-9999-9999	
退職予定日 ※被保険者に退職予定がある場合のみ記入	令和 6 年 12 月 31 日		メールアドレス kenichi.soni@〇〇〇.com	

※必要な証明書の番号に○をつけ、必要事項をご記入ください。

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	申請理由 (該当項目を選択してください)	証明書の発行を希望する対象者 (続柄は詳しくご記入ください)											
		<input checked="" type="checkbox"/> 国保加入のため <input type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため <input type="checkbox"/> その他 ()	<table border="1"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>対象者氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>本人</td> <td>曾仁 健一</td> </tr> <tr> <td>妻</td> <td>曾仁 康子</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	続柄	対象者氏名	本人	曾仁 健一	妻	曾仁 康子					
続柄	対象者氏名													
本人	曾仁 健一													
妻	曾仁 康子													
2	健康保険加入期間の証明													

3	各種医療費通知 ※保険診療を受けた月の3ヶ月後以降に発行されます。 ※ソニー健保ウェブサイト内の「マイページ」より閲覧・印刷できない方のみ申請してください。			
	<input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ（受診記録）	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 診療分	確定申告に 使用しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 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

証明書送付先	
在籍者	社内送達便の宛先（休職者および、任継、特退加入者の方は自宅発送となりますので、被保険者住所をご記入ください。）
退職者又は退職予定者	<p style="text-align: center;">必ず添付してください</p> <p>被保険者住所 〒 999 - 9999 〇〇県〇〇市〇〇区 9-99-999</p> <p>《 必須添付書類 》 被保険者氏名・送付先住所確認のため、以下①②のいずれか1点を添付してください。 ①運転免許証のコピー（国際免許証を除く。有効期限内のものに限る。氏名又は住所を変更された場合は両面とも必要） ②住民票のコピー（本籍は不要、発行日から6ヶ月以内のもの） ※上記書類と住所が異なる場合は、公共料金の領収書コピー（電気、都市ガス、水道、電話、NHKのいずれか。本人名義のもの）も添付 ※ソニー健保を資格喪失後に名字が変更になった場合は、戸籍抄本（発行日から6ヶ月以内のもの）も添付</p>

常務理事	事務長	係	係

令和 6 年 12 月 20 日

ソニー健保 脱退者

ソニー健康保険組合

記号一番号が不明の場合、未記入で結構です。
 ※保険証や有効期限内の資格確認書が未返却の場合は、至急ソニー健保へご返却ください

書

曾仁 健一

申請者本人が作成した申請書である

被保険者の記号一番号							
生年月日	昭和 平成 55 年 1 月 15 日	日中連絡の取れる連絡先 ※問い合わせの際に利用します	電話番号	090-9999-9999			
退職予定日 ※被保険者に退職予定がある場合のみ記入	令和 年 月 日		メールアドレス	kenichi.soni@000.com			

※必要な証明書の番号に○をつけ、必要事項をご記入ください。

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	申請理由 （該当項目を選択してください） <input type="checkbox"/> 国保加入のため <input type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため <input type="checkbox"/> その他（ ）	証明書の発行を希望する対象者 （続柄は詳しくご記入ください）												
2	健康保険加入期間の証明		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">続柄</th> <th style="width: 85%;">対象者氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	続柄	対象者氏名										
続柄	対象者氏名														
3	各種医療費通知 ※保険診療を受けた月の3ヶ月後以降に発行されます。 ※ソニー健保ウェブサイト内の「マイページ」より閲覧・印刷できない方のみ申請してください。														
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費のお知らせ（受診記録） 令和 5 年 1 月 ~ 令和 5 年 12 月診療分	確定申告に使用しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ												
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書 令和 年 月 ~ 令和 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														

証明書送付先

在籍者	社内送達便の宛先（休職者および、任継、特退加入者の方は自宅発送となりますので、被保険者住所をご記入ください。）		
退職者又は退職予定者	被保険者住所 〒 999 - 9999 〇〇県〇〇市〇〇区 9-99-999		
	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold; color: blue;">必ず添付してください</div>		
	<p>《 必須添付書類 》</p> <p>被保険者氏名・送付先住所確認のため、以下①②のいずれか1点を添付してください。</p> <p>①運転免許証のコピー（国際免許証を除く。有効期限内のものに限る。氏名又は住所を変更された場合は両面とも必要）</p> <p>②住民票のコピー（本籍は不要、発行日から6ヶ月以内のもの）</p> <p>※上記書類と住所が異なる場合は、公共料金の領収書コピー（電気、都市ガス、水道、電話、NHKのいずれか。本人名義のもの）も添付</p> <p>※ソニー健保を資格喪失後に名字が変更になった場合は、戸籍抄本（発行日から6ヶ月以内のもの）も添付</p>		

※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致しません。

〒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