

平成 27 年 8 月 20 日

# ソニー健保 在籍者

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

被保険者証の 記号-番号	999 - 99999	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	Ⓜ ※認印
生年月日	昭和 35 年 10 月 15 日 平成	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	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	平成 年 月 日		メール アドレス	taro.kenpo@jp.sony.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 type="checkbox"/> 国保加入のため <input checked="" type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため <input type="checkbox"/> その他 ( )	続柄	対象者氏名
2	健康保険加入期間の証明		長女	健保 花子
3	各種医療費通知 ※保険診療を受けた月の4ヶ月後以降に発行されます。 ※ソニー健保 HP「医療費通知」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)	平成_____年_____月診療分 ~ 平成_____年_____月診療分		
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書	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。) ▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課
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致しません。

〒108-0075 東京都港区港南 1-7-1 ソニー本社ビル 11F ソニー健康保険組合

平成 27 年 8 月 20 日

# 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

被保険者証の 記号一番号	999 - 99999	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	曾仁 健一	Ⓜ ※認印
生年月日	昭和 55 年 10 月 15 日 平成	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	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	平成 27 年 8 月 31 日		メール アドレス	kenichi.soni@jp.sony.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 以降でないとい発行できません	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4ヶ月後以降に発行されます。 ※ソニー健保 HP「医療費通知」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)	平成_____年_____月診療分 ~ 平成_____年_____月診療分												
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書	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>被保険者住所 〒 999 - 9999 〇〇県〇〇市〇〇区 9-99-999</p> <p>必ず添付してください</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>

※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 ソニー本社ビル 11F ソニー健康保険組合

平成 27 年 8 月 20 日

# ソニー健保 脱退者

常務理事	事務長	係	係

ソニー健康保険組合 理事長 殿

保険証をソニー健保へ返却し、記号一番号が不明の場合、未記入で結構です。  
**※保険証が未返却の場合は、至急ソニー健保へご返却ください**

書

曾仁 健一

Ⓜ  
※認印

被保険者証の記号一番号			記入した場合は押印不要	電話番号	090-9999-9999
生年月日	昭和 55 年 10 月 15 日 平成	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		メールアドレス	kenichi.soni@jp.sony.com
退職予定日 ※被保険者に退職予定がある場合のみ記入	平成 年 月 日				

※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）日以降でないとい発行できません	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)												
2	健康保険加入期間の証明	<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 ( )	<table border="1"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>対象者氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </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										
続柄	対象者氏名														
3	<b>各種医療費通知</b> ※保険診療を受けた月の4ヶ月後以降に発行されます。 ※ソニー健保 HP「医療費通知」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)	平成 27 年 2 月診療分 ~ 平成 27 年 3 月診療分													
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書	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) <span style="float:right">※回答に際して指定の用紙があれば添付すること</span>														

## 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 ○○県○○市○○区 9-99-999	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">必ず添付してください</div>
	<b>《 必須添付書類 》</b> 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致しません。

〒108-0075 東京都港区港南 1-7-1 ソニー本社ビル 11F ソニー健康保険組合