

自治体医療費助成制度該当届 **新規
終了** 申請書

常務理事	事務長	係	係

平成 年 月 日

※被保険者本人が氏名を記入した場合は押印は不要です。

①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名・押印	④
③被保険者の 住所	〒 -		
④被保険者の 連絡先	電話番号		
※お問い合わせの際に 使用します (複数可)	メール アドレス		
⑤医療費助成対象者の氏名・ 生年月日・続柄	(a)氏名	(b)生年月日 S・H 年 月 日	(c)被保険者との続柄
⑥⑤の被扶養者が住民登録を する都道府県・市区町村名 ※③の住所と異なる場合のみ記入	都 道 区 府 県 市 郡 町		
⑦この申請書を 提出する理由	1. 新規		2. 終了
※当てはまるものに○	制度開始日	H 年 月 日	制度終了日 H 年 月 日

【 自治体発行の「医療証（表・裏）」の写しをここに貼付

もしくは

本紙にホチキスで添付 】

ソニー健保記入欄

※ 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11階 ソニー健康保険組合