

常務理事	事務長	係	係

自治体医療費助成制度該当届 **新規** 申請書
終了

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	999	②被保険者の 氏名・押印	健保 太郎	
	番号	999999			
③被保険者の 住所	〒 999 - 9999 〇〇県△△市××99-99				
④被保険者の 連絡先 ※お問い合わせの際に 使用します (複数可)	電話番号	99 - 9999 - 9999			
	メール アドレス	aaaabbbccd@xxx.ne.jp			
⑤医療費助成対象者の氏名・ 生年月日・続柄	(a)氏名	健保 一郎		(b)生年月日	S・H 26年 12月 1日
	(c)被保険者との続柄		長男		
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	〇〇 都道 ×× 区 △△ 町 府 県 市 郡				
⑦この申請書を 提出する理由 ※当てはまるものに○	1. 新規		2. 終了		
	制度開始日	H 26年 12月 1日		制度終了日	H 年 月 日

【 ・裏) 』

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

常務理事	事務長	係	係

自治体医療費助成制度該当届 **新規
終了** 申請書

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 999	②被保険者の 氏名・押印	健保 太郎	
	番号 999999			
③被保険者の 住所	〒 999 - 9999 〇〇県△△市××99-99			
④被保険者の 連絡先 ※お問い合わせの際に 使用します (複数可)	電話番号	99 - 9999 - 9999		
	メール アドレス	aaaabbbccd@xxx.ne.jp		
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	(c)被保険者との続柄	
	健保 一郎	S・H 26年 12月 1日	長男	
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	〇〇 都道 ×× 区 △△ 町 府 県 市 郡			
⑦この申請書を 提出する理由 ※当てはまるものに○	1. 新規		2. 終了	
	制度開始日	H 年 月 日	制度終了日	H 32年 12月 31日

【 医療証(表) ・裏) 医療証(裏) 】

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