

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 府 県	区 市 郡	町
⑦この申請書を 提出する理由 ※当てはまるものに○	1. 新規 制度開始日 H 年 月 日		2. 終了 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

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 番号 999999	②被保険者の 氏名・押印	健保 太郎	
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	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 △△ 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 26年 12月 1日	制度終了日 H 年 月 日		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 100px; background-color: #e0f0ff; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>【 医療証(表) ]</p> </div> <div style="font-size: 2em;">・裏)</div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 100px; background-color: #e0f0ff; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>医療証(裏)</p> </div> </div>				

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

【 ・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