

常務理事	事務長	Gp リーダー	係 1

ソニー健康保険組合 理事長 殿

記入日:平成 年 月 日

特定保健指導支援計画及び実施報告書申請書

ソニー健康保険組合で受けた特定保健指導支援計画及び実施報告書を申請します。

被保険者証の記号(3桁)		被保険者証の番号	
申請者氏名	(印)		
特定保健指導を受けた方の氏名	※申請者氏名と違う場合のみご記入下さい。		
被保険者氏名	(カナ)		
ソニー健康保険組合の資格を喪失する日	年 月 日		
送付先住所・電話番号	〒 Tel ()		
連絡先電話番号 (送付先と異なる場合)	Tel ()		

<個人情報について>

★ソニー健康保険組合の個人情報保護ポリシー(基本方針)により取組みを推進しています。

ご記入頂いた個人情報は、特定保健指導支援計画及び実施報告書発行の目的に限り、ソニー健康保険組合が収集管理致します。

<注意事項>

- ・ 印鑑は認印可、シャチハタ、日付印は不可 ・ 訂正した場合は訂正印を押してください。
- ・ 申請書到着後1ヶ月程度で、送付先住所へ郵送致します(簡易書留)。

<提出先> ソニー健康保険組合 保健事業 特定保健指導担当者

〒108-00075 東京都港区台港南1-7-1 ソニー本社ビル 11F

Tel:050-3807-5101