

医療費控除の書面申告に活用するための  
「医療費のお知らせ」発行専用申請書です

令和 年 月 日  
ソニー健康保険組合 理事長殿

| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|------|-----|---|---|
|      |     |   |   |

「医療費のお知らせ」発行申請書

この申請書は、医療費控除の申告手続きに活用する「医療費のお知らせ」を発行するための専用申請書です。

|                |                |                                    |             |  |
|----------------|----------------|------------------------------------|-------------|--|
| 被保険者の<br>記号－番号 | －              | 被保険者の氏名                            |             |  |
| 生年月日           | 昭和 年 月 日<br>平成 | 日中連絡の取れる連絡先<br>※お問い合わせの際に<br>利用します | 電話<br>番号    |  |
| 退職(予定)日        | 平成 年 月 日<br>令和 |                                    | メール<br>アドレス |  |

|                                                         |                                     |                                    |                                                                                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 医療費のお知らせ                                                |                                     |                                    |                                                                                                                                                      |  |
| ※令和 6 年 11 月～12 月診療分は反映することが出来ません                       |                                     |                                    |                                                                                                                                                      |  |
| 医療費のお知らせ                                                | <input type="checkbox"/> 令和 6 年 診療分 | 過去分が必要な場合は、<br>必要な年にチェック<br>してください | <input type="checkbox"/> 令和 5 年診療分<br><input type="checkbox"/> 令和 4 年診療分<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年診療分<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年診療分 |  |
| ※1. 世帯全員の受診履歴が記載されます<br>※2. 令和 1 年以前の「医療費のお知らせ」は発行出来ません |                                     |                                    |                                                                                                                                                      |  |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 「医療費のお知らせ」送付先                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ソニー健保<br>加入者<br>(在籍者、<br>特退・任継)           | 被保険者住所<br>〒 ー                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ソニー健保<br>脱退者<br>(他の<br>健康保険組合に<br>加入された方) | 被保険者住所<br>〒 ー<br><br>《 必須添付書類 》<br>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。<br>①運転免許証のコピー<br>(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)<br>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)<br>※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<br>(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<br>※ソニー健保の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 |

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| 申請書の提出先                                               |
| 〒108-0075 東京都港区港南 1-7-1 ソニーシティ 11 階<br>ソニー健康保険組合 給付担当 |

※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 ソニーシティ 11F ソニー健康保険組合