

支給 決議 書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内 訳	法定										
	付加											
	分娩年月日	平成			年	月	日	資格	昭・平 年 月 日			
	備考				年	月	日	喪	平成 年 月 日			

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者  
家 族

## 出産育児一時金・出産育児付加金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	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 被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要		印					
	③被保険者の住所 支給決定通知書の送付、及び書類 不備の際に使用します	〒 -								
	④日中連絡の取れる電話番号 お問い合わせの際に使用します	☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯	-	-	☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯	-				
	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名									
	⑥被保険者の資格取得日	昭・平	年	月	日	⑦分娩年月日	平成	年	月	日
	⑧家族が分娩したための 請求の場合はその者の	(a)氏 名	(b)生 年 月 日	(c)扶養認定日 家族の被保険者証に記載されている扶養認定日を記入						
	⑨出生児の氏名	昭・平		年	月	日	昭・平	年	月	日
	⑩被保険者と出生児の続柄	長男・長女等を記入								
	⑪この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職 することが明らかですか	☐はい⇒⑩へ ☐いいえ⇒⑭へ								
	⑫この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度（任意継続被保険者制度・退職 者医療制度）に加入していますか	☐はい⇒⑬～⑭記入不要 ☐いいえ⇒⑬へ（⑭記入不要）								
	⑬振込希望口座 銀行か郵便局のどちらか 一方を記入	銀行	普通	店 番	フリガナ					
		支店	当座	口座番号	名義人氏名					
		郵便局	記号	番号	フリガナ					
					名義人氏名					
⑭委任状 押印必須(外国国籍を有 する方はサイン可)	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金 及び同付加金の受領方を委任します。 → 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名									

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑮分娩年月日	平成	年	月	日	⑯出生児の数	単胎・多胎( )児	⑰生産・死産の別 死産の場合は妊娠月数を記入	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。				平成	年	月	日	
	医療機関の名称・所在地 医師・助産師名 電話番号				印				
	⑱本 籍								
	⑲筆頭者氏名				⑳出生届出日	平成	年	月	日
㉑出生児氏名				㉒出生年月日	平成	年	月	日	
上記のとおり相違ありません。				平成	年	月	日		
市区町村長名 電話番号				印					

### 〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、  
出生証明書(原本)又は、出生届受理証明書(原本)を添付して下さい。
4. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切  
致しません。(書類不備の場合を除く)

### 〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、  
本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 ☎: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107

受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

≪2ページ目につづく≫

「家族出産育児一時金」を請求する場合で認定日から6ヶ月以内の出産のときは2ページ目

⑭に記入して下さい。

受 付 印

どちらか一方に証明を受けて下さい。

被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者の 氏名	
	番号		

- ⑳ 『資格喪失後出産育児一時金』を請求する方はご記入下さい。  
(任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません)

(1) ソニー健保の資格喪失後にあながた加入した (現在加入している)健保組合等の名称	健康保険組合 社会保険事務所 電話番号 ( )
(2) (1)の被保険者証の記号・番号	記号 番号
(3) (1)の被保険者氏名・被保険者とあなたとの続柄	氏名 続柄

(1)で被保険者の被扶養者となっている場合は  
ソニー健保からの『資格喪失後出産育児一時金』  
(1)からの『家族出産育児一時金』

} どちらか一方を選択し請求して下さい。

- ㉑ 『家族出産育児一時金』を請求する方で、家族が扶養認定日【オモテの(c)】から6ヵ月以内に  
分娩した方はご記入下さい。

(1) 家族がソニー健保の被扶養者として認定される前に 加入していた健保組合等の名称	健康保険組合 社会保険事務所 電話番号 ( )
(2) (1)の被保険者証の記号・番号	記号 番号
(3) (1)の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄	氏名 続柄
(4) (1)での保険加入期間	昭・平 年 月 日 ~ 平 年 月 日
(5) 家族が勤務していた会社名	電話番号 ( )

家族が(1)の被保険者であり、その資格喪失日以後6ヵ月以内に分娩した場合は  
(1)からの『資格喪失後出産育児一時金』  
ソニー健保からの『家族出産育児一時金』

} どちらか一方を選択し請求して下さい。

# Request for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant / Childbirth and childcare additional sum

〈Example〉 When the insured has given birth ~page 1~

## 《記入例》被保険者が出産した場合 1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK A single request may be submitted for multiple births.

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内訳	法定										
	付加											
	分娩年月日											
備考												

Need not be filled out

Approval seal (mechanical seals are not acceptable) If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

These sections to be completed by the insured

Health insurance card symbol/ number

Daytime telephone number

Home  Office  Cell phone

Name of company where the insured individual is or was employed

Enter the date of eligibility noted on the health insurance card

Name of the child born (For multiple births, enter all names)

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments

Enter either a bank or a post office account number

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金 請求書

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 明子 ●被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要
③被保険者の住所	〒999-9999 Insured person's address 〇〇県△△市××99-99		
④日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 ※お問い合わせの際に使用します ※複数可	9999 - 99 - 9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	〇〇××株式会社		
⑥被保険者の資格取得日	昭・平 8年 4月 1日	⑦分娩年月日	平成 16年 10月 28日
⑧家族が分娩したための請求の場合はその者の	(a)氏名	(b)生年月日	(c)扶養認定日
⑨出生児の氏名	健保 まゆ	⑩被保険者と出生児の続柄	●長男 長女等を記入 長女
⑪この請求書提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職すること	An account in the name of the individual insured		Account type: □はい⇒⑫へ Yes⇒12 □いいえ⇒⑭へ No⇒14
⑫この請求書提出する時点で被保険者が退職し、かつ国民年金(第2号被保険者医療制度)に加入していますか	Letter of attorney		□はい⇒⑬~⑭へ Yes⇒Skip 13 to 14 □いいえ⇒⑬へ ( ) No⇒Go to 13 (Skip 14)
⑬振込希望口座	銀行	Name and branch of financial institution	普通店 番号 Branch no 当座 口座番号 Account number
●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	郵便局	記号 Symbol -	番号 Number
⑭委任状	私は 〇〇××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び付加金の受領方を委任します。 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 16年 11月 10日		
●押印必須(外国国籍を有する方はサイン可)	Address of the insured 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 明子 Name of the insured		

Extension number permitted 9-000-0000

Actual Delivery Date

Relationship between the child born and the insured individual

Address of the insured  
被保険者住所 〇〇県△△市××99-99  
被保険者氏名 健保 明子  
Name of the insured

Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

Approval seal  
Mechanical seals are not acceptable  
Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

Obtain a certificate from the hospital or from your local government office

I hereby authorize \_\_ (Business entity) \_\_ to serve as an agent on my behalf and to receive the above childbirth and childcare lump-sum grant, and childbirth and childcare additional sum.

- 〔注意事項〕
1. 印鑑
  2. 訂正
  3. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書(原本)又は、出生届受理証明書(原本)を添付して下さい。
  4. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

〔個人情報保護に関して〕  
※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX:03-5795-6107  
受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

《2ページ目に( )》

一産育  
を請求する場合で認定日から6

出産のときは2ページ目  
《24》記入して下さい。

どちらか一方に証明を受けて下さい



# Request for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant / Childbirth and childcare additional sum

<Example> When the dependent has given birth ~page 1~

## 《記入例》被扶養者が出産した場合 1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK A single request may be submitted for multiple births.

These sections to be completed by the insured

Health insurance card symbol/ number

Daytime telephone number

Home  Office  Cell phone

Name of company where the insured individual is or was employed

Enter the date of eligibility noted on the health insurance card

Information on the family member giving birth when she is a dependent

Name of the child born (For multiple births, enter all names)

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments Enter either a bank or a post office account number

Need not be filled out

Approval seal (mechanical seals are not acceptable) If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Extension number permitted 9-000-0000

Actual Delivery Date

Date of authorization as a dependent Relationship between the child born and the insured individual

An account in the name of the individual insured

Account type: ordinary account/ current account

Name and branch of financial institution

Post office Symbol -

Address of the insured

Name of the insured

Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

Approval seal Mechanical seals are not acceptable Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

Obtain a certificate from the hospital or from your local government office

I hereby authorize \_\_ (Business entity) \_\_ to serve as an agent on my behalf and to receive the above childbirth and childcare lump-sum grant, and childbirth and childcare additional sum.

支給 決議 書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内訳	法定										
	付加											
	分娩年月日							平成				
備考												

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金 請求書

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 ●被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要
③被保険者の住所	〒999-9999 Insured person's address 〇〇県△△市××99-99		
④日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	〇〇××株式会社		
⑥被保険者の資格取得日	昭・平 8年4月1日	⑦分娩年月日	平成16年10月28日
⑧家族が分娩したための請求の場合はその者の	(a)氏 Name 名 健保 花子	(b)生 年 月 日 昭・平 50年4月14日	(c)扶養認定日 昭・平 16年9月1日
⑨出生児の氏名	健保 まゆ	⑩被保険者と出生児の続柄	●長男・長女等を記入 長女
⑪この請求書提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職すること	<input type="checkbox"/> はい⇒⑫へ Yes⇒12 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑭へ No⇒14		
⑫この請求書提出する時点で被保険者が退職者医療制度)に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい⇒⑬~⑭へ Yes⇒Skip 13 to 14 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑮へ ( No⇒Go to 13 (Skip 14)		
⑬振込希望口座	銀行 Bank	普通 店 番 Branch no 当座 口座番号 Account number	フリガナ Furigana 名義人氏名 Name of account holder
●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	郵便局	記号 Symbol - 番号 Number	フリガナ Furigana 名義人氏名 Name of account holder
⑭委任状	私は 〇〇××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び付加金の受領方を委任します。 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 16年 11月 10日		
●押印必須(外国国籍を有する方はサイン可)	Letter of attorney		

⑮分娩年月日	平成16年10月28日	⑯出生児の数	1名(産 ヶ月)
上記のとおり相違ありません。 医療機関の名称・所在地 ××県〇〇市△△区〇〇番地 医師・助産師名 ××産婦人科 〇〇〇〇 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
⑰本 籍			
⑱養育者氏名			
⑲出生児氏名			
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日			

〔注意事項〕

1. 印鑑
2. 訂正
3. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書(原本)又は、出生届受理証明書(原本)を添付して下さい。
4. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX:03-5795-6107

受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

《2ページ目》

一産育

を請求する場合で認定日から6

出産のときは2ページ目

どちらか一方に証明を受けて下さい

<Example> When the dependent has given birth ~page 1~

## 《記入例》被扶養者が出産した場合 2ページ目

Health insurance card symbol/ number ○が記入不要の方は。2ページ目の提出は不要です。Individuals not required to fill out item 24 need not submit page 2.

被保険者証の 記号・番号	記号999 番号999999	被保険者の 氏名	健保 太郎 Name of the insured
-----------------	-------------------	-------------	------------------------------

⑳ 『資格喪失後出産育児一時金』を請求する方はご記入下さい。  
(任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません)

(1) ソニー健保の資格喪失後にあなたが加入した (現在加入している) 健保組合等の名称	健康保険組合 社会保険事務所 ( )
(2) (1) の 被 保 険 者 証 の 記 号	番号
(3) (1)の被保険者氏名・被保険者とあなたとの続柄	氏名 続柄

Need not be filled out

※(1)で被保険者の被扶養者となっている場合は

ソニー健保からの『資格喪失後出産育児一時金』

(1)からの『家族出産育児一時金』

どちらか一方を選択し請求して下さい。

㉑ 『家族出産育児一時金』を請求する方で、家族が扶養認定日【オモテ⑧の(c)】から6ヵ月以内に分娩した方はご記入下さい。

Fill out only if the birth took place within six months following the date of authorization as a dependent.	に	×××	(健康保険組合) 社会保険事務所
		電話番号 ××× (×××) ××××	
	記号 ×××	番号 ×××	
(3) (1)の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄	氏名	健保 花子	続柄 本人
(4) (1)での保険加入期間	期	平 15年 4月 1日~平 16年 9月 7日	
(5)家族が勤務していた会社名		×××株式会社	電話番号 ××× (×××) ××××

※家族が(1)の被保険者であり、その資格喪失日以後6ヵ月以内に分娩した場合は

(1)からの『資格喪失後出産育児一時金』

ソニー健保からの『家族出産育児一時金』

どちらか一方を選択し請求して下さい。



# Request for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant / Childbirth and childcare additional sum

《Example》 When the insured has given birth within six months following loss of eligibility for coverage ~page 1~

## 《記入例》被保険者だった者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合 1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK A single request may be submitted for multiple births.

These sections to be completed by the insured

Health insurance card symbol/ number

Daytime telephone number

- Home  Office  Cell phone

Name of company where the insured individual is or was employed

Enter the date of eligibility noted on the health insurance card. If unknown, leave blank

Name of the child born (For multiple births, enter all names)

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments Enter either a bank or a post office account number

Need not be filled out

Approval seal (mechanical seals are not acceptable) If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
内訳	法定											
	付加											
	分娩年月日											
	備考											

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金 請求書

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 明子 ●被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要
③被保険者の住所	〒999-9999 Insured person's address 〇〇県△△市××99-99		
④日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 ※お問い合わせの際に使用します ※複数可	9999 - 99 - 9999	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 携 <input type="checkbox"/> 携
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	〇〇××株式会社		
⑥被保険者の資格取得日	昭・平 8年 4月 1日	⑦分娩年月日	平成 16年 10月 28日
⑧家族が分娩したための請求の場合はその者の	(a)氏名	(b)生年月日	(c)扶養認定日
⑨出生児の氏名	健保 まゆ	昭・平 年 月 日	●家族の被保険者証に記載されている扶養認定日を記入
⑩被保険者と出生児の続柄	●長男・長女等を記入 長女		
⑪この請求書提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する	<input checked="" type="checkbox"/> はい⇒⑫へ Yes⇒12 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑭へ No⇒14		
⑫この被保険者が健康保険制(医療制度)に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい⇒⑬~⑭へ Yes⇒Skip 13 to 14 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑬へ No⇒Go to 13 (Skip 14)		
⑬振込希望口座	銀行	〇〇 銀行 普通 店 番 999	フリガナ ケンポアキコ Furigana
●銀行が郵便局のどちらか一方を記入	Bank	支店 当座 口座番号 9999999	名義人氏名 明子 Name of account holder
	郵便局	記号 番号	フリガナ Furigana
	Post office	Symbol - Number	名義人氏名 Name of account holder
⑭委任状	私は、を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領を代理し、被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入し、平成 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名		

《2ページ目》

一産育

る場合で認定日から6ヶ月以内の出産のときは2ページ目

どちらか一方に証明を受けて下さい

Obtain a certificate from the hospital or from your local government office

⑮分娩年月日	平成16年10月28日	⑯出生児の数	(車胎)多胎( )児	⑰生産・死産の別	(生産)・死産(妊娠 ヶ月)
上記のとおり相違ありません。平成 16年 10月 31日					
医療機関の名称・所在地 ××県〇〇市△△9999					
医師・助産師名 ××産婦人科医院					
電話番号 111-111-1111					
⑱本籍		⑲署名者氏名		⑳出生児氏名	
上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日					
市長 町長 村長 氏名					
電話番号					

〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シャチハタ、目付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書(原本)又は、出生届受理証明書(原本)を添付して下さい。
4. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX:03-5795-6107  
受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

〈Example〉 When the insured has given birth within six months following loss of eligibility for coverage ~page 2~  
**《記入例》被保険者だった者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合 2ページ目**

Health insurance card symbol/ number

被保険者証の記号・番号	記号999 番号999999	被保険者の氏名	健保 明子 Name of the insured
-------------	-------------------	---------	------------------------------

⑳ 『資格喪失後出産育児一時金』を請求する方はご記入下さい。  
 (任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません)

(Circle either "Health insurance society" or "Social insurance office")  
 i.e., the society under which you are currently covered)

(2) Health insurance card symbol/ number

(3) Name of the insured/ Relationship with the insured

(1) ソニー健保の資格喪失後にあなたが加入した(現在加入している)健保組合等の名称 (1) Name of health insurance society joined following loss of eligibility for the Sony Health Insurance Society	××× 健康保険組合 社会保険事務所 電話番号 ××× (×××) ×××
(2) (1)の被保険者証の記号・番号	記号 ×××symbol 番号 ×××number
(3) (1)の被保険者氏名・被保険者とあなたとの続柄	氏名 保健健一 Name 続柄 妻 Relationship

※(1)で被保険者の被扶養者となっている場合は

ソニー健保からの『資格喪失後出産育児一時金』

(1)からの『家族出産育児一時金』

どちらか一方を選択し請求して下さい。

㉑ 『家族出産育児一時金』を請求する方で、家族が扶養認定日【オモテ㉑の(c)】から6ヵ月以内に分娩した方はご記入下さい。

(1) 家族がソニー健保の被扶養者として認定される前に加入していた健保組合等の名称	健康保険組合 社会保険事務所 電話番号 ( )
(2) (1)の被保険者証の	番号
(3) (1)の被保険者氏名・被保険者	続柄
(4) (1)での保険加入期間	昭・平 年 月 日～平 年 月 日
(5) 家族が勤務していた会社名	電話番号 ( )

Need not be filled out

※家族が(1)の被保険者であり、その資格喪失日以後6ヵ月以内に出産した場合は

(1)からの『資格喪失後出産育児一時金』

ソニー健保からの『家族出産育児一時金』

どちらか一方を選択し請求して下さい。