

平成 年 月 日

常務理事	事務長	係	係

ソニー健康保険組合 理事長殿

証明書発行申請書

被保険者証の 記号一番号	—	被保険者の氏名・押印 ※被保険者が氏名を 記入した場合は押印不要	㊟ ※認印
生年月日	昭和 年 月 日 平成	日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に 利用します	電話番号
退職予定日 ※被保険者に退職予定 がある場合のみ記入	平成 年 月 日		メールアドレス

※必要な証明書の番号に○をつけ、必要事項をご記入ください。

1	健康保険資格喪失・削除証明書 ※この証明書は喪失（削除）日 以降でないで発行できません	申請理由 （該当項目を選択してください） <input type="checkbox"/> 国保加入のため <input type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため <input type="checkbox"/> その他 （ ）	証明書の発行を希望する対象者 （続柄は詳しくご記入ください） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">続柄</th> <th style="width: 80%;">対象者氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	続柄	対象者氏名										
続柄	対象者氏名														
2	健康保険加入期間の証明														
3	各種医療費通知 ※保険診療を受けた月の4ヶ月後以降に発行されます。 ※ソニー健保 HP「医療費通知」より閲覧・印刷できない方のみ申請してください。														
	<input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ（受診記録）	平成 年 月 診療分 ～ 平成 年 月 診療分													
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書	平成 年 月 支給分 ～ 平成 年 月 支給分													
4	国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明														
5	その他 名称(内容)		※回答に際して指定の用紙があれば添付すること												

証明書送付先

在籍者	社内送達便の宛先（休職者および、任継、特退加入者の方は自宅発送となりますので、被保険者住所をご記入ください。）
退職者又は退職予定者	被保険者住所 〒 — ◀ 必須添付書類 ▶ 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。 ①運転免許証のコピー（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） 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） ※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（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 ※ソニー健保を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

※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11F ソニー健康保険組合