

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<br>記号一番号                  | —              | 被保険者の氏名・押印<br>※被保険者が氏名を<br>記入した場合は押印不要 | ㊟<br>※認印 |
| 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     | 電話番号     |
| 退職予定日<br>※被保険者に退職予定<br>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  | <b>健康保険資格喪失・削除証明書</b><br>※この証明書は喪失（削除）日<br>以降でないで発行できません                               | 申請理由<br>（該当項目を選択してください）<br><br><input type="checkbox"/> 国保加入のため<br><br><input type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため<br><br><input type="checkbox"/> その他<br>（ ） | 証明書の発行を希望する対象者<br>（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  | <b>健康保険加入期間の証明</b>   |   |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3  | <b>各種医療費通知</b><br>※保険診療を受けた月の4ヶ月後以降に発行されます。<br>※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  | <b>国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明</b>  |   |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 〒 —<br><br><b>◀ 必須添付書類 ▶</b><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（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（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

平成 27 年 8 月 20 日

# ソニー健保 在籍者

|      |     |   |   |
|------|-----|---|---|
| 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<br>記号-番号                  | 999 - 99999             | 被保険者の氏名・押印<br>※被保険者が氏名を<br>記入した場合は押印不要 | 健保 太郎       | Ⓜ<br>※認印               |
| 生年月日                             | 昭和 35 年 10 月 15 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    | 090-9999-9999          |
| 退職予定日<br>※被保険者に退職予定<br>がある場合のみ記入 | 平成 年 月 日                |  | メール<br>アドレス | taro.kenpo@jp.sony.com |

※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<br>※この証明書は喪失（削除）日<br>以降でないとい発行できません                              | 申請理由<br>(該当項目を選択してください)  | 証明書の発行を希望する対象者<br>(続柄は詳しくご記入ください) |                        |
|   |   | <input type="checkbox"/> 国保加入のため<br><input checked="" type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 続柄                                | 対象者氏名                  |
| 2 | 健康保険加入期間の証明   |  | 長女                                | 健保 花子                  |
| 3 | 各種医療費通知<br>※保険診療を受けた月の4ヶ月後以降に発行されます。<br>※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。)<br>▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課   |
| 退職者<br>又は<br>退職<br>予定者 | 被保険者住所 〒 _____<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 (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 (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

平成 27 年 8 月 20 日

# 退職予定者

|      |     |   |   |
|------|-----|---|---|
| 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<br>記号一番号                  | 999 - 99999             | 被保険者の氏名・押印<br>※被保険者が氏名を<br>記入した場合は押印不要 | 曾仁 健一       | Ⓜ<br>※認印                 |
| 生年月日                             | 昭和 55 年 10 月 15 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    | 090-9999-9999            |
| 退職予定日<br>※被保険者に退職予定<br>がある場合のみ記入 | 平成 27 年 8 月 31 日        |  | メール<br>アドレス | kenichi.soni@jp.sony.com |

※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<br>※この証明書は喪失（削除）日<br>以降でないとい発行できません                              | 申請理由<br>(該当項目を選択してください)  | 証明書の発行を希望する対象者<br>(続柄は詳しくご記入ください)   |    |       |    |       |   |       |  |  |  |  |  |
|----|---|--|---|----|-------|----|-------|---|-------|--|--|--|--|--|
|    |   | <input checked="" type="checkbox"/> 国保加入のため<br><input type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>対象者氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>本人</td> <td>曾仁 健一</td> </tr> <tr> <td>妻</td> <td>曾仁 康子</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 | 本人 | 曾仁 健一 | 妻 | 曾仁 康子 |  |  |  |  |  |
| 続柄 | 対象者氏名   |  |   |    |       |    |       |   |       |  |  |  |  |  |
| 本人 | 曾仁 健一   |  |   |    |       |    |       |   |       |  |  |  |  |  |
| 妻  | 曾仁 康子   |  |   |    |       |    |       |   |       |  |  |  |  |  |
|    |   |  |   |    |       |    |       |   |       |  |  |  |  |  |
|    |   |  |   |    |       |    |       |   |       |  |  |  |  |  |
|    |   |  |   |    |       |    |       |   |       |  |  |  |  |  |
| 2  | 健康保険加入期間の証明   |  |   |    |       |    |       |   |       |  |  |  |  |  |
| 3  | 各種医療費通知<br>※保険診療を受けた月の4ヶ月後以降に発行されます。<br>※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 | <p>被保険者住所 〒 999 - 9999<br/>〇〇県〇〇市〇〇区 9-99-999</p> <p>必ず添付してください</p> <p>《 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 (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 (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</p> |

※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

平成 27 年 8 月 20 日

# ソニー健保 脱退者

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

ソニー健康保険組合 理事長殿

保険証をソニー健保へ返却し、記号一番号が不明の場合、未記入で結構です。  
**※保険証が未返却の場合は、至急ソニー健保へご返却ください**

書

|                              |                         |   |         |                          |
|------------------------------|-------------------------|---|---------|--------------------------|
| 被保険者証の記号一番号                  |                         |   | 曾仁 健一   | Ⓜ<br>※認印                 |
| 生年月日                         | 昭和 55 年 10 月 15 日<br>平成 | 記入した場合は押印不要<br>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 | 電話番号    | 090-9999-9999            |
| 退職予定日<br>※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 | kenichi.soni@jp.sony.com |

※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<br>※この証明書は喪失（削除）日以降でないとい発行できません                                  | 申請理由<br>(該当項目を選択してください)<br><input type="checkbox"/> 国保加入のため<br><input type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため<br><input type="checkbox"/> その他 ( )              | 証明書の発行を希望する対象者<br>(続柄は詳しくご記入ください)   |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|---|---|---|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2  | 健康保険加入期間の証明   |   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>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   |   |   |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |   |   |   |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |   |   |   |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |   |   |   |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |   |   |   |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |   |   |   |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3  | 各種医療費通知<br>※保険診療を受けた月の4ヶ月後以降に発行されます。<br>※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 checked="" type="checkbox"/> 医療費のお知らせ (受診記録) 平成 27 年 2 月診療分 ~ 平成 27 年 3 月診療分<br><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 〒 999 - 9999<br>〇〇県〇〇市〇〇区 9-99-999  | 必ず添付してください |
|            | <p>《 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 (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 (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</p> |            |

※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