

健康保

ご自分の被保険者証をみてご記入ください。

被扶養者届（異動届）

太枠の部分を記入して

削除の申請の場合は、必ず削除する方の被保険者証を添付してください。

被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

この欄は届出をする被保険者本人について記入してください。 ご自分の被保険者証を見てご記入ください（入社の場合は、記号・被保険者番号は未記入で結構です。）

記号 9:9:9:9:9:9:9:9:9	被保険者証番号 9:9:9:9:9:9:9:9:9	氏名 健保 太郎	性 男	生年月日 昭 平 4:4:11:2:2	現住所 〒123 - 4567 県 市××町1 - 2 - 3	自宅電話番号 (03) 1234 - 5678
会社名 被保険者証に記載されている事業所名称を記入 ××(株)		所属（出向先） 社内送達便で書類が届くよう、建物、階、営業所、部、課名等を記入（郵送のみの場合、郵便番号、住所、会社名、部署名等を記入） 品川インターシティB棟11階 品川営業所 ××(株) 業務室 適用GP			連絡先 申請内容の確認や、書類不備などは健保から直接ご連絡を致します 日中、連絡の取れる電話番号（複数可） 090-1111-1111（携帯）、03-9999-9999（会社）	

健保記入欄
被保険者年収
千円

続柄【父、母、祖父、祖母、曾祖父、曾祖母、養父、養母、夫、妻、長男、二男、三男、四男、五男、六男、七男、長女、二女、三女、四女、五女、六女、七女、兄、姉、弟、妹、孫、曾孫、伯父、伯母、叔父、叔母、甥、姪、義父、義母、義祖父、義祖母、義兄、義姉、義弟、義妹、義曾祖父、義曾祖母、配偶者の子、子の配偶者、内縁の配偶者、内縁の配偶者の父母、内縁の配偶者の子】

この欄は被扶養者となる者、または被扶養者でなくなる者として届出の方について記入してください。

申請区分	フリカ ナ 氏 名	生年月日			性 別	被保険者との続柄 <上記参照>	職業 収入	被保険者との居住状況 住民登録している都道府県 75歳以上の方のみご記入ください	扶養されるようになった日 または扶養されなくなった日	申請事由
		年	月	日						
増 減	ケンボ マユ 健保 まゆ	明大昭平 1:7	0:3	3:0	男 女	なし 有(無)	同居 別居	平成 17年3月30日	H17年3月30日出生 999-××× 健保花子	
増 減	増に	明大昭平			男 女	有 無	同居 別居	平成 年 月 日	扶養に入れる日を記入 年 月 日	
増 減		明大昭平			男 女	有 無	同居 別居	平成 年 月 日		
増 減		明大昭平			男 女	有 無	同居 別居	平成 年 月 日		

健保記入欄	
認定又は削除の年月日	備考
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

・申請事由・年月日を記入
・子の申請で配偶者がソニー健保の被保険者の場合は、配偶者の被保険者証の記号・番号と配偶者の氏名を記入

【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

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。

〒108-6111 東京都港区港南2-15-2 品川インターシティB棟11階 ソニー健康保険組合 適用担当 TEL：03-5769-6618 FAX：03-5769-6582

健康保険

ご自分の被保険者証を被扶養者届（異動届）
 見てご記入下さい。

太枠の部分記入して
 削除の申請の場合は、必ず削除する方の被保険者証を添付してください。
 被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

この欄は届出をする被保険者本人について記入してください。ご自分の被保険者証を見てご記入ください（入社の場合は、記号・被保険者番号は未記入で結構です。）

記号	被保険者証番号	氏名	性	生年月日	現住所	自宅電話番号
●	●	健保 太郎	男	4:4 1:1 2:2	〒 123-4567 県 市××町1-2-3	(03) 1234 - 5678

会社名 被保険者証に記載されている事業所名称を記入	所属（出向先） 社内送達便で書類が届くよう、建物、階、営業所、部、課名等を記入 （郵送のみの場合、郵便番号、住所、会社名、部署名等を記入）	連絡先 申請内容の確認や、書類不備などは健保から直接ご連絡を致します 日中、連絡の取れる電話番号（複数可）
××（株）	品川インターシティB棟11階 品川営業所 ××（株） 業務室 適用GP	090-1111-1111（携帯）、03-9999-9999（会社）

健保記入欄 被保険者年取
千円

続柄【父、母、祖父、祖母、曾祖父、曾祖母、養父、養母、夫、妻、長男、二男、三男、四男、五男、六男、七男、長女、二女、三女、四女、五女、六女、七女、兄、姉、弟、妹、孫、曾孫、伯父、伯母、叔父、叔母、甥、姪、義父、義母、義祖父、義祖母、義兄、義姉、義弟、義妹、義曾祖父、義曾祖母、配偶者の子、子の配偶者、内縁の配偶者、内縁の配偶者の父母、内縁の配偶者の子】

この欄は被扶養者となる者、または被扶養者でなくなる者として届出の方について記入してください。

申請区分	フリカ ナ	氏名	生年月日	性別	被保険者との続柄 <上記参照>	職業 収入	被保険者との居住状況 住民票表記が別の場合は別居	住民登録している都道府県 75歳以上の方のみご記入ください	扶養されるようになった日 または扶養されなくなった日	申請事由
増	ケンボ	ハナコ	4:8 0:3 3:0	男	妻	主婦 有 無	同居		平成 17 年 4 月 1 日	H17 3/31付退職
増				男			同居			
減				女			同居			
増				男			同居			
減				女			同居			
増				男			同居			
減				女			同居			
増				男			同居			
減				女			同居			

健保記入欄	
認定又は削除の年月日	備考
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

【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。

- 法令に基づく場合
- 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
- 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
- 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。
 〒108-6111 東京都港区港南2-15-2 品川インターシティB棟11階 ソニー健康保険組合 適用担当 TEL：03-5769-6618 FAX：03-5769-6582

健康保

ご自分の被保険者証（扶養者届（異動届））を見てご記入下さい。

太枠の部分を記入して

削除の申請の場合は、必ず削除する方の被保険者証を添付してください。

被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

この欄は届出をする被保険者本人について記入してください。 ご自分の被保険者証を見てご記入ください（入社の場合は、記号・被保険者番号は未記入で結構です。）

記号	被保険者証番号	氏名	性	生年月日	現住所	自宅電話番号
9	9	健保 太郎	男	4:4:11:2:2	〒 123-4567 県 市××町1-2-3	(03) 1234 - 5678
会社名		所属（出向先）			連絡先	
被保険者証に記載されている事業所名称を記入		社内送達便で書類が届くよう、建物、階、営業所、部、課名等を記入（郵送のみの場合、郵便番号、住所、会社名、部署名等を記入）			申請内容の確認や、書類不備などは健保から直接ご連絡を致します 日中、連絡の取れる電話番号（複数可）	
××（株）		品川インターシティB棟11階 品川営業所 ××（株） 業務室 適用GP			090-1111-1111（携帯）、03-9999-9999（会社）	

健保記入欄
被保険者年収
千円

続柄【父、母、祖父、祖母、曾祖父、曾祖母、養父、養母、夫、妻、長男、二男、三男、四男、五男、六男、七男、長女、二女、三女、四女、五女、六女、七女、兄、姉、弟、妹、孫、曾孫、伯父、伯母、叔父、叔母、甥、姪、義父、義母、義祖父、義祖母、義兄、義姉、義弟、義妹、義曾祖父、義曾祖母、配偶者の子、子の配偶者、内縁の配偶者、内縁の配偶者の父母、内縁の配偶者の子】

この欄は被扶養者となる者、または被扶養者でなくなる者として届出の方について記入してください。

申請区分	フリガナ	氏名	生年月日			性別	被保険者との続柄 <上記参照>	職業 収入	被保険者との居住状況 住民票表記が別の場合は別居	住民登録している都道府県 75歳以上の方のみご記入ください	扶養されるようになった日 または扶養されなくなった日	申請事由		
			年	月	日									
増	ケンボ	カズコ	2	8	12	3	0	男	母	パート	有	別居	平成17年5月1日	収入減
減								女			有	別居		
増								男			有	別居		
減								女			有	別居		
増								男			有	別居		
減								女			有	別居		
増								男			有	別居		
減								女			有	別居		

健保記入欄	
認定又は削除の年月日	備考
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

【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。

〒108-6111 東京都港区港南2-15-2 品川インターシティB棟11階 ソニー健康保険組合 適用担当 TEL：03-5769-6618 FAX：03-5769-6582

健康保険 被扶養者届（異動届）

ご自分の被保険者証を見てご記入下さい。
 太枠の部分記入して
 削除の申請の場合は、必ず削除する方の被保険者証を添付してください。
 被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

この欄は届出をする被保険者本人について記入してください。 ご自分の被保険者証を見てご記入ください（入社の場合は、記号・被保険者番号は未記入で結構です。）

記号	被保険者証番号	氏名	性	生年月日	現住所	自宅電話番号
9	9	健保 太郎	男	4:4:11:2:2	〒123 - 4567 県 市×町1 - 2 - 3	(03) 1234 - 5678
会社名		所属（出向先）			連絡先	
被保険者証に記載されている事業所名称を記入		社内送達便で書類が届くよう、建物、階、営業所、部、課名等を記入（郵送のみの場合、郵便番号、住所、会社名、部署名等を記入）			申請内容の確認や、書類不備などは健保から直接ご連絡を致します 日中、連絡の取れる電話番号（複数可）	
××（株）		品川インターシティB棟11階 品川営業所 ××（株） 業務室 適用GP			090-1111-1111（携帯）、03-9999-9999（会社）	

健保記入欄
被保険者年収
千円

続柄【父、母、祖父、祖母、曾祖父、曾祖母、養父、養母、夫、妻、長男、二男、三男、四男、五男、六男、七男、長女、二女、三女、四女、五女、六女、七女、兄、姉、弟、妹、孫、曾孫、伯父、伯母、叔父、叔母、甥、姪、義父、義母、義祖父、義祖母、義兄、義姉、義弟、義妹、内縁の配偶者の父母、内縁の配偶者の子】

75歳以上の場合は住民登録している都道府県名を記入

扶養からはずす日を記入

削除の理由と日付を必ず記入

この欄は被扶養者となる者、または被扶養者でなくなる者として届出の方について記入										健保記入欄			
申請区分	フリカ ナ	氏名	生年月日	性別	被保険者との続柄	職業	収入	被保険者との居住状況	住民登録している都道府県	扶養されるようになった日または扶養されなくなった日	申請事由	認定又は削除の年月日	備考
増	ケンボ	イチロウ	明大昭平	男	父	無職	有無	同居	東京都	平成20年4月1日	後期高齢者医療制度該当のため	年 月 日	
減	ケンボ	ヤスコ	明大昭平	女	母	無職	有無	同居		平成20年3月24日	死亡のため	年 月 日	
増	ケンボ	ハナコ	明大昭平	女	妻	会社員	有無	同居		平成20年4月1日	平成20年4月1日付就職のため	年 月 日	
増			明大昭平	男			有無	同居		平成		年 月 日	
減			明大昭平	女			有無	同居		平成		年 月 日	
増			明大昭平	男			有無	同居		平成		年 月 日	
減			明大昭平	女			有無	同居		平成		年 月 日	

【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。

〒108-6111 東京都港区港南2-15-2 品川インターシティB棟11階 ソニー健康保険組合 適用担当 TEL：03-5769-6618 FAX：03-5769-6582