

\* Please provide all requested information in the areas outlined in bold.

# 健康保険組合 保険被扶養者（異動）届

|      |     |   |   |       |
|------|-----|---|---|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 | 事業所受付 |
|      |     |   |   |       |

|                   |                          |                   |                |                       |                               |  |                 |
|-------------------|--------------------------|-------------------|----------------|-----------------------|-------------------------------|--|-----------------|
| 記号<br><b>999</b>  | 被保険者証番号<br><b>999999</b> | 氏名<br><b>健保 元</b> | 性別<br><b>男</b> | 生年月日<br><b>030220</b> | 出生地<br><b>東京都 〇区 〇〇 9-9-9</b> | 被保険者現住所<br><b>東京都 〇区 〇〇 9-9-9</b>                  | Current address |
| Sex: male/ female |                          | Showa/Heisei      |                | Birth date (Y/M/D)    |                               | Home telephone number<br>自宅電話番号 ( 〇3 ) 9999 - 9999 |                 |

|  |                            |  |  |
|--|----------------------------|--|--|
| 被保険者の本籍会社 (出向者の場合は、出向元会社) / 所属部署<br>※建物、階層、営業所<br><b>〇〇TEC 〇階 ××部 ×課</b> | Business Entity/Department | Daytime telephone number<br>(電話番号)<br><b>999-9999-9999</b> | Mail address<br>(メールアドレス)<br><b>gen.kenpo@sony.com</b> |
|--|----------------------------|--|--|

|                   |                     |                   |                 |                 |                   |                                   |   |
|-------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------------------------|---|
| 申請区分<br><b>追加</b> | 氏名<br><b>ケンポ ハナ</b> | 性別<br><b>女</b>    | 続柄<br><b>長女</b> | 職業<br><b>無職</b> | 居住状況<br><b>同居</b> | 異動年月日<br><b>平成 29年 3月 1日</b>      | 申請事由<br>当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください |
| Circle "Added"    | Furigana            | Sex: male/ female | Relationship    | Income: yes/ no | Occupation        | Date dependency commenced (Y/M/D) | Select the applicable reason                                |

|                   |         |   |
|-------------------|---------|---|
| 住変<br>対象となる被扶養者住所 | 被保険者と同じ | 申請事由<br><input type="checkbox"/> 被保険者本人の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 平 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考 (妻: 111-11111) |
|-------------------|---------|---|

|                   |              |                 |            |                                      |   |       |      |
|-------------------|--------------|-----------------|------------|--------------------------------------|---|-------|------|
| 追加<br>削除          | 氏名           | 性別              | 続柄         | 職業                                   | 居住状況  | 異動年月日 | 申請事由 |
| 住変<br>対象となる被扶養者住所 | Relationship | Income: yes/ no | Occupation | Regarding household: Same/ Different | 申請事由<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 平 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考 ( ) |       |      |

|                   |              |                 |            |                                      |   |       |      |
|-------------------|--------------|-----------------|------------|--------------------------------------|---|-------|------|
| 追加<br>削除          | 氏名           | 性別              | 続柄         | 職業                                   | 居住状況  | 異動年月日 | 申請事由 |
| 住変<br>対象となる被扶養者住所 | Relationship | Income: yes/ no | Occupation | Regarding household: Same/ Different | 申請事由<br><input type="checkbox"/> 被保険者本人の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 平 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考 ( ) |       |      |

|                   |              |                 |            |                                      |   |       |      |
|-------------------|--------------|-----------------|------------|--------------------------------------|---|-------|------|
| 追加<br>削除          | 氏名           | 性別              | 続柄         | 職業                                   | 居住状況  | 異動年月日 | 申請事由 |
| 住変<br>対象となる被扶養者住所 | Relationship | Income: yes/ no | Occupation | Regarding household: Same/ Different | 申請事由<br><input type="checkbox"/> 被保険者本人の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 平 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考 ( ) |       |      |

**【注意事項】**

- 追加申請の際の添付書類 (証明書類など) について
- 削除申請の際は、必ず削除する方の被保険者証を添付してください。 (滅失している場合は「健康保険被保険者証 滅失届」を添付) ※就職や雇用内容変更による削除の場合で、勤務先の健康保険に加入した場合は、新しい保険証のコピーを必ず添付してください。
- 続柄欄には、「妻」「長男」「養子」「養父」「孫」など詳しくご記入ください。
- 申請事由が「その他」の際は、事実を具体的に記入してください。(例: 「収入増/減による」「後期高齢者医療制度該当による」など)

※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。  
〒110-0016 東京都台東区台東1-24-2 ソニー秋葉原ビル ソニー健康保険組合

| 備考欄 (※健保使用) |  |
|-------------|--|
|             |  |

|        |  |
|--------|--|
| 事業所所在地 |  |
| 事業所名称  |  |
| 事業主名   |  |

|                |   |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |   |
|                | 印 |

受付印

| 健保記入欄      |          |
|------------|----------|
| 被保険者年収     |          |
| 認定又は削除の年月日 | 平成 年 月 日 |
| 保険証回収日     | 平成 年 月 日 |
| 認定又は削除の年月日 | 平成 年 月 日 |
| 保険証回収日     | 平成 年 月 日 |
| 認定又は削除の年月日 | 平成 年 月 日 |
| 保険証回収日     | 平成 年 月 日 |

Health insurance card symbol/ number

Sex: male/ female

Showa/Heisei

Birth date (Y/M/D)

Current address

Home telephone number

Business Entity/Department

Daytime telephone number

Mail address

Circle "Added"

Furigana

Sex: male/ female

Birth Date (Y/M/D)

Date dependency commenced (Y/M/D)

Relationship

Income: yes/ no

Occupation

Regarding household: Same/ Different

Select the applicable reason

Eligible dependents address

被保険者と同じ

追加: Added

削除: Deleted

住変: Change address

被保険者本人の入社: Because the insured entered the company

結婚: Because got married

出生: Because a child was born

退職: Because retired

就職: Because got a job

死亡/死亡日: Because passed away/Death Date

失業給付受給開始: To start receiving unemployment benefits

その他/備考: Other reasons

About the insured individual submitting this notice

About the dependent subject to this notice

# 健康保険被扶養者（異動）届

|      |     |   |   |       |
|------|-----|---|---|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 | 事業所受付 |
|      |     |   |   |       |

この健康保険被扶養者になる、または扶養から外れる、または扶養から外れる、または扶養から外れる、または扶養から外れる。または扶養から外れる、または扶養から外れる、または扶養から外れる、または扶養から外れる。または扶養から外れる、または扶養から外れる、または扶養から外れる、または扶養から外れる。

Health insurance card symbol/ number: 999, 999999

Sex: male/female: 健保元 (Male)

Showa/Heisei: 昭和20年

Birth date (Y/M/D): 03/02/20

Current address: 東京都〇区〇〇9-9-9

Home telephone number: 03-9999-9999

Business Entity/Department: 株式会社〇〇TEC 〇階 ××部 ×課

Daytime telephone number: 999-9999-9999

Mail address: gen.kenpo@sony.com

Circle "Deleted": (None)

Sex: male/female: 妻 (Female)

Birth Date (Y/M/D): 04/05/10

Date dependency commenced (Y/M/D): 29年1月1日

Relationship: 妻

Income: yes/no: (None)

Occupation: パート

Regarding household: Same/Different: 同居

Name: 建保美保 (Furigana: ケンポミホ)

Eligible dependents address: 被保険者と同じ

Select the applicable reason: (None)

追加/削除: (None)

追加/削除: (None)

追加/削除: (None)

追加/削除: (None)

追加/削除: (None)

追加/削除: (None)

追加/削除: (None)

被保険者本人の入社: Because the insured entered the company

結婚: Because got married

出生: Because a child was born

退職: Because retired

就職: Because got a job

死亡/死亡日: Because passed away/Death Date

失業給付受給開始: To start receiving unemployment benefits

その他/備考: Other reasons

- 【注意事項】
- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）につ
  - 削除申請の際は、必ず削除する方の被保険者証を添付してください。欠けている場合は「健康保険被保険者証 滅失届」を添付
  - ※就職や雇用内容変更による削除の場合で、勤務先の健康保険に加入した場合は、新しい保険証のコピーを必ず添付してください。
  - 続柄欄には、「妻」「長男」「養子」「義父」「孫」など詳しくご記入ください。
  - 申請事由が「その他」の際は、事実を具体的に記入してください。（例：「収入増/減による」「後期高齢者医療制度該当による」など）

※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。  
〒110-0016 東京都台東区台東1-24-2 ソニー秋葉原ビル ソニー健康保険組合

事業所所在地

事業所名称

事業主名

印

社会保険労務士の提出代行

印

\* Please provide all requested information in the areas outlined in bold.

\* When applying to cancel coverage, please be sure to attach the health insurance card of the individual whose coverage is being cancelled.

\* If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

健保記入欄

被保険者年収

認定又は削除の年月日

保険証回収日

保険証回収日

保険証回収日

保険証回収日