

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

### 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
------	-----	---	---	-------

記号 <b>999</b>	被保険者証番号 <b>999999</b>	氏名 <b>健保 元</b>	性別 <b>男</b>	生年月日 <b>030220</b>	出生地 <b>東京都 〇区 〇〇 9-9-9</b>	被保険者現住所 <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 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 ※建物、階層、営業所 <b>〇〇TEC 〇階 ××部 ×課</b>	Business Entity/Department	Daytime telephone number (電話番号) <b>999-9999-9999</b>	Mail address (メールアドレス) <b>gen.kenpo@sony.com</b>
--	----------------------------	--	--

申請区分 <b>追加</b>	氏名 <b>健保 花</b>	性別 <b>女</b>	続柄 <b>長女</b>	職業 <b>無職</b>	居住状況 <b>同居</b>	異動年月日 <b>平成 29年 3月 1日</b>	申請事由 当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください
-------------------	-------------------	----------------	-----------------	-----------------	-------------------	------------------------------	---

対象となる被扶養者住所 <b>被保険者と同じ</b>	Relationship <b>長女</b>	Income: yes/ no <b>無</b>	Occupation <b>無職</b>	Select the applicable reason <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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 平 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考 (妻: 111-11111)
-------------------------------	---------------------------	-----------------------------	-------------------------	---

追加 削除	氏名 <b>健保 花</b>	性別 <b>女</b>	続柄 <b>長女</b>	職業 <b>無職</b>	居住状況 <b>同居</b>	異動年月日 <b>平成 29年 3月 1日</b>	申請事由 当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください
----------	-------------------	----------------	-----------------	-----------------	-------------------	------------------------------	---

追加 削除	氏名 <b>健保 花</b>	性別 <b>女</b>	続柄 <b>長女</b>	職業 <b>無職</b>	居住状況 <b>同居</b>	異動年月日 <b>平成 29年 3月 1日</b>	申請事由 当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください
----------	-------------------	----------------	-----------------	-----------------	-------------------	------------------------------	---

追加 削除	氏名 <b>健保 花</b>	性別 <b>女</b>	続柄 <b>長女</b>	職業 <b>無職</b>	居住状況 <b>同居</b>	異動年月日 <b>平成 29年 3月 1日</b>	申請事由 当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください
----------	-------------------	----------------	-----------------	-----------------	-------------------	------------------------------	---

**【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。
- 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。

※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

<b>備考欄 (※健保使用)</b>

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
保険証回収日
保険証回収日
保険証回収日
保険証回収日

Health insurance card symbol/ number

Circle "Added"

Sex: male/ female

Showa/Heisei

Birth Date (Y/M/D)

Furigana

Relationship

Income: yes/ no

Occupation

Regarding household: Same/ Different

Sex: male/ female

Showa/Heisei

Birth date (Y/M/D)

Daytime telephone number

Mail address

Date dependency commenced (Y/M/D)

Current address

Home telephone number

About the insured individual submitting this notice

About the dependent subject to this notice

If your spouse is insured under the Sony Health Insurance Society and you are submitting this application on behalf of a child, enter your spouse's name and the number and code of his or her health insurance card

