

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

※家族を健康保険の扶養に入れる、または扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
 ※扶養家族の追加/削除の申請がない場合でも、扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者（異動）届をご提出ください。

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	性別	生年月日	被保険者住民票住所 ※海外赴任中の場合は、海外住所				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	〒 _____ 自宅電話番号（ _____ ）				
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください			確認欄			
			(電話番号)			(メールアドレス)			<input type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である

健 保 記 入 欄
被 保 険 者 年 収
千円
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較
千円
認 定 又 は 削 除 の 年 月 日
平成・令和 年 月 日
保 険 証 回 収 日 : 年 月 日
平成・令和 年 月 日
保 険 証 回 収 日 : 年 月 日
平成・令和 年 月 日
保 険 証 回 収 日 : 年 月 日
平成・令和 年 月 日
保 険 証 回 収 日 : 年 月 日

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者について記入してください。										
申請区分	フリカナ	氏名	性別	生年月日	続柄	職業収入	居住状況	異動年月日	削除証明書発行	申請事由
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 年 月 日 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ _____ ）
		対象となる被扶養者の住民票住所								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 年 月 日 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ _____ ）
		対象となる被扶養者の住民票住所								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 年 月 日 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ _____ ）
		対象となる被扶養者の住民票住所								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 年 月 日 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ _____ ）
		対象となる被扶養者の住民票住所								

【注意事項】
 1. 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 2. 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。（減失しているときは「健康保険被保険者証 減失届」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。
 3. 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。
 4. 申請事由が「その他」の際は、事実を具体的にご記入ください。（例：「収入増/減による」「後期高齢者医療制度該当による」など）
 5. 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
 ※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いたしません。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備 考 欄 （※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。 <input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受 付 印

扶養追加申請 (出生)

健康保険被扶養者（異動）届

扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
 ※扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者（異動）届をご提出ください。

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	性別	生年月日	被保険者住民票住所 ※海外赴任中の場合は、海外住所
999	999999	健保 元	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 令和 0 3 0 2 2 0	〒 999 - 9999 自宅電話番号 (03) 9999 - 9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください		確認欄
▽▽(株) ○OTEC ○階 ××部 ×課			999-9999-9999 (電話番号)		gen.kenpo@○○.com (メールアドレス)
					<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である

健保記入欄	
被保険者年収	千円
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較	千円
認定又は削除の年月日	平成・令和
年月日	年月日
保険証回収日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者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	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書発行	申請事由
<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変	ケンホ	健保 花	020505	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	長女	無職 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年5月5日	要 <input type="checkbox"/>	<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: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考(妻:111-1111)
対象となる被扶養者の住民票住所		〒 - 被保険者と同じ								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 ()
対象となる被扶養者の住民票住所		〒 -								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 ()
対象となる被扶養者の住民票住所		〒 -								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 ()
対象となる被扶養者の住民票住所		〒 -								

配偶者がソニー健保の被保険者である場合のみ
 配偶者の保険証記号一番号をご記入ください。
 ※配偶者が扶養に入っている場合や、他健保に加入している場合は、記入不要です。
 ※他健保に加入している場合は、配偶者の収入証明の添付が必要となります。
 詳細はソニー健保WEBサイト『赤ちゃんが生まれたとき』をご参照ください。

- 【注意事項】
- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。（滅失しているときは「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、事実を具体的にご記入ください。（例：「収入増/減による」「後期高齢者医療制度該当による」など）
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
- ※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いたしません。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受付印

扶養追加申請 (被保険者入社)

健康保険被扶養者（異動）届

入社前で不明の場合は、記入不要です。
（異動）届をご提出ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

※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	性別	生年月日	被保険者住民票住所	※海外赴任中の場合は、海外住所
999	999999	健保 元	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 令和 0 3 0 2 2 0	〒 999 - 9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9	自宅電話番号 (03) 9999 - 9999
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください			確認欄
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課			999-9999-9999 (電話番号)			gen.kenpo@○○.com (メールアドレス)
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である						

健保記入欄
被保険者年収
千円
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較
千円

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者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	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書発行	申請事由
<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変	ケンホ	ミホ	昭和 平成 令和 0 4 0 5 1 0	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	無職 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 令和 3 年 1 月 15 日	要 <input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）
対象となる被扶養者の住民票住所		被保険者と同じ								
<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変	ケンホ	コウ	昭和 平成 令和 0 2 0 7 0 1	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男	無職 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 令和 3 年 1 月 15 日	要 <input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）
対象となる被扶養者の住民票住所		被保険者と同じ								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変			昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 同居	平成 令和	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）
対象となる被扶養者の住民票住所		被保険者と同じ								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変			昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 同居	平成 令和	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）
対象となる被扶養者の住民票住所		被保険者と同じ								

入社に伴う申請で、配偶者を扶養追加しない場合および、配偶者に収入がある場合は配偶者の収入証明の添付が必要となります。詳細はソニー健保WEBサイト『家族の加入について』の『認定のための添付書類一覧』をご参照ください。

- 【注意事項】
- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。（滅失しているときは「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）
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
- ※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いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受付印

扶養追加申請 (退職)

健康保険被扶養者（異動）届

扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
※扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者（異動）届をご提出ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

この欄は届出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	性別	生年月日	被保険者住民票住所 ※海外赴任中の場合は、海外住所
999	999999	健保 元	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 0 3 0 2 2 0	〒 999 - 9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9 自宅電話番号 (03) 9999 - 9999
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください		確認欄
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課			999-9999-9999 (電話番号) gen.kenpo@○○.com (メールアドレス)		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である

健保記入欄
被保険者年収
千円
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較
千円

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者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	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書発行	申請事由
<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変	ケンホ	ミホ 健保 美保	昭和 平成 令和 0 4 0 5 1 0	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	無職 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 令和 3 年 1 月 1 日	要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）
対象となる被扶養者の住民票住所		被保険者と同じ								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										

健康保険資格喪失証明書（原本）の添付が必要となります。
※国民健康保険加入の場合⇒退職証明書（原本）
※共済組合加入の場合⇒退職辞令コピー
詳細はソニー健保WEBサイト『家族の加入について』の『認定のための添付書類一覧』をご参照ください。

- 【注意事項】
- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。（滅失しているときは「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）
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
- ※個人情報保護について：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いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受付印

扶養追加申請 (収入減)

健康保険被扶養者（異動）届

扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
 ※でも、扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者（異動）届をご提出ください。

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	性別	生年月日	被保険者住民票住所 ※海外赴任中の場合は、海外住所
999	999999	健保 元	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 年 月 日 0 3 0 2 2 0	〒 999 - 9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9 自宅電話番号 (03) 9999 - 9999
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください		確認欄
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課			999-9999-9999 (電話番号)		gen.kenpo@○○.com (メールアドレス)
					<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である

健保記入欄	
被保険者年収	千円
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較	千円
認定又は削除の年月日	平成・令和
年月日	年月日
保険証回収日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日
年月日	年月日

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者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	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書発行	申請事由
<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変	ケンホ	ミホ 健保 美保	昭和 平成 令和 年 月 日 0 4 0 5 1 0	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	パート <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 令和 年 月 日 3 年 1 月 5 日	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input checked="" type="checkbox"/> その他/備考（収入減による）
		対象となる被扶養者の住民票住所	被保険者と同じ							
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										

添付書類の詳細については、ソニー健保WEBサイト『家族の加入について』の『認定のための添付書類一覧』をご参照ください。

- 【注意事項】
- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。（減失しているときは「健康保険被保険者証 減失届」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、事実を具体的にご記入ください。（例：「収入増/減による」「後期高齢者医療制度該当による」など）
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
- ※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いたしません。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受付印

扶養追加申請 (特退加入)

健康保険被扶養者（異動）届

扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
 但し、扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者（異動）届をご提出ください。

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	性別	生年月日	被保険者住民票住所	※海外赴任中の場合は、海外住所
記入不要		健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 300114	〒 999 - 9999	自宅電話番号 (03) 9999 - 9999
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください		確認欄	
記入不要			電話番号 999-9999-9999		メールアドレス gen.kenpo@〇〇.com	

健保記入欄
被保険者年収
千円
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較
千円

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者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	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書 発行	申請事由
<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変	ケンボ	ヤスヨ 健保 康子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 331121	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	無職 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年1月1日	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input checked="" type="checkbox"/> その他/備考（ 特退加入 ）
対象となる被扶養者の 住民票住所		〒 - 被保険者と同じ								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
対象となる被扶養者の 住民票住所		〒 -								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
対象となる被扶養者の 住民票住所		〒 -								
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										
対象となる被扶養者の 住民票住所		〒 -								

特退加入日を記入

- 【注意事項】**
- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。（滅失しているときは「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）
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
- ※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いたしません。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受付印

扶養削除申請 (就職)

健康保険被扶養者（異動）届

扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
※扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者（異動）届をご提出ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

※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	性別	生年月日	被保険者住民票住所	※海外赴任中の場合は、海外住所
999	999999	健保 元	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 03年 02月 20日	〒 999 - 9999	自宅電話番号 (03) 9999 - 9999
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください		確認欄	
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課			999-9999-9999 (電話番号)		gen.kenpo@○○.com (メールアドレス)	

健保記入欄
被保険者年収
千円
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較
千円

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者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	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書 発行	申請事由
<input type="checkbox"/> 追加	ケンホ	ミホ	昭和 平成 04年 05月 10日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	会社員 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 令和 2年 12月 1日	要 <input type="checkbox"/>	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）
<input checked="" type="checkbox"/> 削除		健保 美保								
<input type="checkbox"/> 住変		対象となる被扶養者の 住所								
										被保険者と同じ
<input type="checkbox"/> 追加										
<input type="checkbox"/> 削除										
<input type="checkbox"/> 住変										
<input type="checkbox"/> 追加										
<input type="checkbox"/> 削除										
<input type="checkbox"/> 住変										

認定又は削除の 年月日
平成・令和 年 月 日
保険証 回収日
: 年 月 日
平成・令和 年 月 日
保険証 回収日
: 年 月 日
平成・令和 年 月 日
保険証 回収日
: 年 月 日
平成・令和 年 月 日
保険証 回収日
: 年 月 日

扶養削除申請の場合は、必ず削除する方の保険証を添付してください。

※万が一、滅失しているときは「健康保険被保険者証 滅失届」を添付してください。

※就職や雇用内容変更に伴い、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。

- 【注意事項】**
- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。（滅失しているときは「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）
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
- ※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いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受付印

扶養削除申請
(雇用保険受給開始)

健康保険被扶養者(異動)届

扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
 ※扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者(異動)届をご提出ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

※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	性別	生年月日	被保険者住民票住所	※海外赴任中の場合は、海外住所
999	999999	健保元	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 03年02月20日	〒999-9999	自宅電話番号(03) 9999-9999
被保険者の会社名・所属部署(任継・特退被保険者は記入不要) ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします) ※日中、連絡のとれる電話番号(複数可)/メールアドレスを記入してください		確認欄	
▽▽(株) OOTEC O階 ××部 ×課			999-9999-9999		gen.kenpo@OO.com	
			<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である			

健保記入欄	
被保険者年収	千円
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較	千円
認定又は削除の年月日	平成・令和 年 月 日
保険証回収日	平成・令和 年 月 日
保険証回収日	平成・令和 年 月 日
保険証回収日	平成・令和 年 月 日
保険証回収日	平成・令和 年 月 日
保険証回収日	平成・令和 年 月 日

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者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	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書 発行	申請事由
<input type="checkbox"/> 追加 <input checked="" type="checkbox"/> 削除	ケンボ	ミホ	昭和 平成 04年05月10日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	無職 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 令和 2年12月1日	要 <input checked="" type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変					被保険者と同じ					<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変										<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()

扶養削除申請の場合は、必ず削除する方の保険証を添付してください。
 ※万が一、滅失しているときは「健康保険被保険者証 滅失届」を添付してください。
 ※就職や雇用内容変更に伴い、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。

被保険者宛に健康保険資格喪失証明書を発行します。
 マイページへのアップロードおよび用紙での交付を行います。

- 【注意事項】
- 追加申請の際の添付書類(証明書類など)については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。(滅失しているときは「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)
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。

※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いたしません。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。 <input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	

備考欄 (※健保使用)

社会保険労務士の提出代行者欄

受付印

扶養削除申請 (離婚)

健康保険被扶養者（異動）届

扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
 ※扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者（異動）届をご提出ください。

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

※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	性別	生年月日	被保険者住民票住所
999	999999	健保 元	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 03 02 20	〒 999 - 9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9 自宅電話番号 (03) 9999 - 9999
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください			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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください		確認欄
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課			999-9999-9999 (電話番号)		gen.kenpo@○○.com (メールアドレス)

健保記入欄
被保険者年収
※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較
千円

ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者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	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書発行	申請事由
<input type="checkbox"/> 追加 <input checked="" type="checkbox"/> 削除	ケンホ	ミホ	昭和 平成 04 05 10	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	会社員 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 令和 4 年 12 月 1 日	要 <input checked="" type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input checked="" type="checkbox"/> その他/備考(離婚)
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変		対象となる被扶養者の 住民票住所	被保険者と同じ							
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	ケンホ	コウ	昭和 平成 令和 02 07 01	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男	無職 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	平成 令和 4 年 12 月 1 日	要 <input checked="" type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input checked="" type="checkbox"/> その他/備考(扶養異動)

認定又は削除の年月日
平成・令和
年月日
保険証回収日: 年月日
平成・令和
年月日
保険証回収日: 年月日
平成・令和
年月日

扶養削除申請の場合は、必ず削除する方の保険証を添付してください。
 ※万が一、滅失しているときは「健康保険被保険者証 滅失届」を添付してください。
 ※新たな健康保険へ加入されており、新しい保険証のコピーを入手できる場合はご提出ください。

被保険者宛に健康保険資格喪失証明書を発行します。
 マイページへのアップロードおよび用紙での交付を行います。
 ※離婚等で被保険者と連絡を取ることが困難な場合は、被扶養者宛に喪失証明書を発行いたします。
 「証明書発行申請書」に必要事項を記載し、被扶養者の住所確認書類を添付してソニー健保までご提出ください。

- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。（滅失しているときは「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、事実を具体的にご記入ください。（例：「収入増/減による」「後期高齢者医療制度該当による」など）
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
- ※個人情報保護について：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いたしません。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受付印

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

住所変更申請

健康保険被扶養者（異動）届

※扶養から外れる際に、健康保険組合で審査を行うために必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
 ※も、扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被扶養者（異動）届をご提出ください。

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。）										健保記入欄			
記号	被保険者証番号	氏名		性別	生年月日	被保険者住民票住所 ※海外赴任中の場合は、海外住所				被保険者年収			
999	999999	健保 新		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 41年01月01日	〒 999 - 9999 東京都〇区〇〇 9-9-9 自宅電話番号 (〇3) 9999 - 9999				千円			
被保険者の会社名・所属部署（任継・特退被保険者は記入不要） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください				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いたします） ※日中、連絡のとれる電話番号（複数可）/メールアドレスを記入してください				確認欄				千円	
▽▽(株) 〇〇TEC 〇階 ××部 ×課				(電話番号) 999-9999-9999 (メールアドレス) shin.kenpo@〇〇.com				<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成した申請書である				※夫婦共働きで子を扶養とする場合の年間収入比較	
ここから下の欄は、被扶養者となる者 または 被扶養者でなくなる者について、もしくは住所変更する者について記入してください。										千円			
申請区分	フリガナ	氏名	生年月日	性別	続柄	職業 収入	居住状況	異動年月日	削除証明書発行	申請事由			
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input checked="" type="checkbox"/> 住変	ケンホ	ヤスヨ	昭和 42年01月19日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	無職 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 3年1月5日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 無	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input checked="" type="checkbox"/> その他/備考（ 転居のため ）	認定又は削除の年月日 平成・令和 年 月 日		
対象となる被扶養者の住民票住所		〒 - 被保険者と同じ											
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input checked="" type="checkbox"/> 住変	ケンホ	サクラ	昭和 13年08月01日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	長女	大学生 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	平成 2年4月15日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 無	<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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input checked="" type="checkbox"/> その他/備考（ 別居のため 送金：10万円 ）	保険証回収日： 年 月 日 平成・令和 年 月 日		
対象となる被扶養者の住民票住所		〒 111 - 1111 大阪府〇市〇〇 1-2-3											
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変													
対象となる被扶養者の住民票住所		〒 -											
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 住変													
対象となる被扶養者の住民票住所		〒 -											

住所変更日をご記入ください。

別居の場合は、ひと月の送金額をご記入ください。

- 【注意事項】**
- 追加申請の際の添付書類（証明書類など）については、状況に応じて異なりますので、ソニー健保HPをご確認の上、ご提出ください。
 - 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。（滅失しているときは「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）
 - 住民票が日本にない場合は、海外の現住所をご記入ください。
- ※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いたしません。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

事業所確認欄	<input type="checkbox"/> 届出の記載に誤りがないことを、被保険者に確認しました。
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者関係届への証明をお願いします。
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欄

受付印