

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

健康保険被扶養者(異動)届 【扶養追加1/2】

※家族を健康保険の扶養に入れる際に、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。

この欄は届出をする被保険者本人について、自身の被保険者証をご覧の上ご記入ください。(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
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 女
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、課名などをご記入ください		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)/メールアドレスをご記入ください	
		(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
<input 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、被扶養者となる者についてご記入ください。										
フリカ	ナ	氏名	生年月日	性別	続柄	職業 収入	居住 状況	異動年月日	申請事由	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <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"/> 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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他/備考()	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <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"/> 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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他/備考()	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <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"/> 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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他/備考()	

認定年月日
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
平成・令和 年 月 日

【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WEBサイトをご確認の上、ご提出ください。
- 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、事実を具体的にご記入ください。(例:「収入減による」「廃業による」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

健康保険被扶養者(異動)届 【扶養追加2/2】

被扶養者(異動)届 【扶養追加1/2】とセットで提出。【扶養追加2/2】は認定対象者1人につき1部必要

↓ 在職社員または退職者本人のことを被保険者といいます。 ↓ これから扶養の申請をする方を認定対象者といいます。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名		続柄	年齢
記号	番号						
認定対象者の個人番号 (マイナンバー)						1カ月以内に個人番号を提出します。 ※出生時のみ✓可	

誓約	今回の申請内容に、相違ありません。	記入日	令和	年	月	日
	尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。 また、被扶養者の認定基準から外れた時には、直ちに扶養削除の手続きをいたします。	<input type="checkbox"/>	左記、内容に同意いたします。 この届出については、申請者本人(被保険者)が作成したものです。			

出生に伴う申請の場合(同居)のみ、この先1.~6. は記入不要

健康保険の種類	1. 認定対象者が現在加入している(していた)健康保険について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被保険者(任意継続被保険者の場合も含む): 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等 <input type="checkbox"/> 被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む): 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等 <input type="checkbox"/> 未加入 (令和 年 月から未加入) : (令和 年 月 日 来日) 資格喪失年月日 令和 年 月 日 資格喪失前の方は、✓を入れてください→ <input type="checkbox"/> 喪失前
	2. 申請事由について、この1年間で該当する全ての項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 被保険者のソニー退職者医療制度加入 <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 結婚 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 収入減 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 廃業 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 同居 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 養子縁組 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了⇒終了日は3.へ記入 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失 (令和 年 月 日) ※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい) <input type="checkbox"/> その他※下欄に理由を記入してください。
雇用保険について	3. 雇用保険(失業等給付)について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 <input type="checkbox"/> 受給資格なし ⇒ <input type="checkbox"/> 以前より無職 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間1年未満 <input type="checkbox"/> (その他) <input type="checkbox"/> 受給資格はあるが受給しない ⇒ <input type="checkbox"/> 現在収入がある <input type="checkbox"/> 今後就職を希望しない <input type="checkbox"/> (その他) <input type="checkbox"/> 受給を延長した(予定) ⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠出産(予定日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> (その他) <input type="checkbox"/> 待期間、給付制限中 [主に自己都合退職] (※) <input type="checkbox"/> 受給を終了した ⇒ (令和 年 月 日 終了) <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中 ※ 受給が始まり、基本手当日額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、受給開始とともに扶養削除する必要があります。

収入の状況	4. 認定対象者の年間収入について該当する項目✓を入れ、必要事項を記入してください。(年間収入とは、申請後1年間の見込み額です。)
	①給与収入 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
	②年金収入 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
	③事業収入 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
	④専従者給与収入 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
	⑤不動産収入 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
	⑥雇用保険の失業等給付受給 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
	⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金) <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
	⑧他者からの援助(養育費、慰謝料等継続的に支払われているもの) <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
	⑨傷病手当金または出産手当金 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円
⑩その他、生活費に充当できる収入 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input type="checkbox"/> なし 円	
合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入 円	
被保険者以外の扶養義務者	5. 配偶者の有無・状況について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※認定対象者が被保険者の配偶者の場合は記入不要
	(1) 【認定対象者が『子』の場合】 被保険者に配偶者がいない場合は、該当する項目に✓を入れてください。 配偶者がいない場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 (その他) (2) 【認定対象者が『配偶者』以外の場合】 認定対象者について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態かを確認します。 <input type="checkbox"/> 配偶者あり ⇒ 他の医療保険制度に加入 ⇒ 配偶者の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 未婚 <input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 死亡(<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⇒ 遺族年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 離婚(<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⇒ 慰謝料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
送金状況	6. 被保険者と別居している場合 ※同居の場合は、記入不要
	(1) 仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要 円/月 (2) 別居の理由について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※ 学生に該当する場合は、被保険者の世帯と、認定対象者の住民票の表記が別でも『同居』とみなし、『送金審査』の対象外となります。『送金審査』の対象外でも『仕送り』は行ってください。 <input type="checkbox"/> 学生(大学生、専門学校生、予備校生など) <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームや障害者施設に在所中 <input type="checkbox"/> その他 ()

【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 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合 TEL:050-3807-5059

<R6.3>

出生

健康保険被扶養者(異動)届 【扶養追加1/2】

※家族を健康保険の扶養に入れる際に、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。

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、自身の被保険者証をご覧の上ご記入ください。(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 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 年 月 日 0 3 0 2 2 0	〒 999 - 9999 自宅電話番号 (99) 9999 - 9999 〇〇県〇〇郡〇〇町大字〇〇字〇〇9丁目9番地9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、課名などをご記入ください			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)/メールアドレスをご記入ください		確認欄
▽▽(株) ○〇TEC ○階 ××部 ×課			(電話番号) 999-9999-9999 (メールアドレス) gen.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

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、被扶養者となる者についてご記入ください。

フリカ	ナ	氏名	生年月日	性別	続柄	職業 収入	居住 状況	異動年月日	申請事由	認定年月日
ケン	ホ	タカミツ	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	二男	無職 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 6年3月1日	<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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他/備考(妻:111-1111)	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								
対象となる被扶養者の 住民票住所		昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動								
対象となる被扶養者の 住民票住所		昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動								
対象となる被扶養者の 住民票住所		昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動								
対象となる被扶養者の 住民票住所		昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動								

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WEBサイトをご確認の上、ご提出ください。
- 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、事実を具体的にご記入ください。(例:「収入減による」「廃業による」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	

社会保険労務士の提出代行者欄

備考欄 (※健保使用)

受付印

出生

1.~5.について必ず記入
6.については該当する場合は記入

届 【扶養追加2/2】

【扶養追加1/2】とセットで提出。【扶養追加2/2】は認定対象者1人につき1部必要

↓ 在職社員または退職者本人のことを被保険者といいます。

↓ これから扶養の申請をする方を認定対象者といいます。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名	認定対象者の氏名	続柄	年齢		
記号	999	番号	999999	健保 元	健保 高光	二男	0
認定対象者の個人番号 (マイナンバー)		個人番号未決定の場合のみ✓可 後日、『個人番号届(登録・変更)』を提出		1カ月以内に 個人番号を提出します。 ※出生時のみ✓可			

誓約の内容を確認し、記入日と✓を
必ず記入

<p>今回の申請内容に、相違ありません。 尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を 遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。 また、被扶養者の認定基準から外れた時には、 直ちに扶養削除の手続きをいたします。</p>	<p>記入日 令和 6 年 3 月 1 日</p> <p>左記、内容に同意いたします。 この届出については、 申請者本人(被保険者)が 作成したものです。</p>
---	---

出生に伴う申請の場合(同居)のみ、この先1.~6. は記入不要

健康保険の種類	1. 認定対象者
申請事由	出生に伴う申請の場合は記入不要
雇用保険について	

※ 受給開始とともに扶養削除する必要があります。

4. 認定対象者 (年)	収入の状況
	出生に伴う申請の場合は記入不要
被保険者以外の扶養義務者	
	<input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> なし
6. 被保険者と別居している場合 ※同居の場合は、記入不要	
(1) 仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要	円/月
(2) 別居の理由について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※ 学生に該当する場合は、被保険者 別居の場合 、月々の仕送りの金額を必ず記入 『同居』とみなし、『送金額』別居理由についても✓を記入、『仕送り』は行ってください。	
送金状況	<input type="checkbox"/> 学生(大学生、専門学校生、予備校生など) <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームや障害者施設に在所中 <input type="checkbox"/> その他()

【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 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合 TEL:050-3807-5059

<R6.3>

被保険者 入社

健康保険被扶養者(異動)届 【扶養追加1/2】

入社前に不明の場合は、記入不要です。 太枠内を全て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(健康保険被扶養者)の氏名・生年月日・性別・住所(被保険者住民票住所)※海外赴任中の場合は、海外住所を記載し、健康保険被保険者証をご覧の上ご記入ください。(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 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 030220	〒 999 - 9999 自宅電話番号 (99) 9999 - 9999 〇〇県〇〇郡〇〇町大字〇〇字〇〇9丁目9番地9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、課名などをご記入ください			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)/メールアドレスをご記入ください		確認欄
▽▽(株) 〇〇TEC 〇階 ××部 ×課			(電話番号) 999-9999-9999 (メールアドレス) gen.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

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、被扶養者となる者についてご記入ください。

フリカ	ナ	氏名	生年月日	性別	続柄	職業 収入	居住 状況	異動年月日	申請事由	認定年月日
ケン	ホ	ミホ	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 6年3月1日	<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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他/備考()	平成・令和 年 月 日
ケン	ホ	コウ	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 6年3月1日	<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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他/備考()	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								
対象となる被扶養者の 住民票住所		被保険者と同じ								
対象となる被扶養者の 住民票住所		被保険者と同じ								
対象となる被扶養者の 住民票住所		被保険者と同じ								
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WEBサイトをご確認の上、ご提出ください。
 - 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、事実を具体的にご記入ください。(例:「収入減による」「廃業による」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

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。

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

被保険者 入社

1.~4.について必ず記入
5.~6.については該当する場合は記入

【扶養追加2/2】

認定対象者1人につき1部必要

※認定対象者1人につき1部必要

↓ これから扶養の申請をする方を認定対象者といいます。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名		続柄	年齢
記号	999	番号	999999	健保 元		妻	31
認定対象者の個人番号 (マイナンバー)		3 3 3 3 〇 〇 〇 〇 △ △ △ △					

マイナンバーを記載するため
追跡できる送付方法を推奨
(例: 社内便伝票付・特定記録郵便)
※送料は自己負担

誓約の内容を確認し、記入日と✓を
必ず記入

<p>今回の申請内容に、相違ありません。</p> <p>尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を 遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。</p> <p>また、被扶養者の認定基準から外れた時には、 直ちに扶養削除の手続きをいたします。</p>	<p>記入日 令和 6 年 3 月 1 日</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 左記、内容に同意いたします。 この届出については、 申請者本人（被保険者）が 作成したものです。</p>
---	---

出生に伴う申請の場合(同居)のみ、この先1.~6. は記入不要

健康保険の種類	<p>1. 認定対象者が現在加入している(していた)健康保険について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者(任意継続被保険者の場合も含む): 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む): 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等</p> <p><input type="checkbox"/> 未加入 (令和 年 月から未加入) : (令和 年 月 日 来日)</p> <p>資格喪失年月日 令和 6 年 3 月 1 日) 資格喪失前の方は、✓を入れてください → <input type="checkbox"/> 喪失前</p>
	<p>2. 申請事由について、この1年間で該当する全ての項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 被保険者のソニー退職者医療制度加入</p> <p><input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 結婚 (令和 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 収入減 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 廃業 (令和 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 同居 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 養子縁組 (令和 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 離婚 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了⇒終了日は3.へ記入</p> <p><input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失 (令和 年 月 日)</p> <p>※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい)</p> <p><input type="checkbox"/> その他※下欄に理由を記入してください。</p>
雇用保険について	<p>3. 雇用保険(失業等給付)について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受給資格なし ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 以前より無職 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間1年未満 <input type="checkbox"/> (その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 受給資格はあるが受給しない ⇒ <input type="checkbox"/> 現在収入がある <input type="checkbox"/> 今後就職を希望しない <input type="checkbox"/> (その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 受給を延長した(予定) ⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠出産(予定日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> (その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 待期間、給付制限中 [主に自己都合退職] (※)</p> <p><input type="checkbox"/> 受給を終了した ⇒ (令和 年 月 日 終了)</p> <p><input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中</p> <p>※ 受給が始まり、基本手当日額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、 受給開始とともに扶養削除する必要があります。</p>

<p>4. 認定対象者の年間収入について該当する項目✓を入れ、必要事項を記入(年間収入とは、申請後1年間の見込み額です。)</p> <p>①~⑩の全ての項目に、「あり」または「なし」に✓を記入</p>																																													
収入の状況	<table border="1"> <tr> <td>①給与収入</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>②年金収入</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>③事業収入</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>④専従者給与</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>⑤不動産収入</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>⑥雇用保険の失業等給付受給</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金)</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料等継続的に支払われているもの)</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>⑨傷病手当金または出産手当金</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>⑩その他、生活費に充当できる収入</td> <td><input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入</td> <td></td> <td></td> <td>0 円</td> </tr> </table>	①給与収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	②年金収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	③事業収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	④専従者給与	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	⑤不動産収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	⑥雇用保険の失業等給付受給	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料等継続的に支払われているもの)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	⑨傷病手当金または出産手当金	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	⑩その他、生活費に充当できる収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円	合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入			0 円
①給与収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
②年金収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
③事業収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
④専従者給与	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
⑤不動産収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
⑥雇用保険の失業等給付受給	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料等継続的に支払われているもの)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
⑨傷病手当金または出産手当金	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
⑩その他、生活費に充当できる収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし	円																																										
合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入			0 円																																										
被保険者以外の扶養義務者	<p>5. 配偶者の有無・状況について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※認定対象者が被保険者の配偶者の場合は記入不要</p> <p>(1) 「認定対象者が『子』の場合」</p> <p>認定対象者が被保険者の配偶者の場合は 該当する項目に✓を入れてください。 5. (1) (2) 共に記入不要 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 (その他)</p> <p>(2) 認定対象者について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、 第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態かを確認します。</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者あり ⇒ 他の医療保険制度に加入 ⇒ 配偶者の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 未婚</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 死亡 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⇒ 遺族年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 離婚 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⇒ 慰謝料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p>																																												
送金状況	<p>6. 被保険者と別居している場合 ※同居の場合は、記入不要</p> <p>(1) 仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要 円/月</p> <p>(2) 別居の理由について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※ 学生に該当する場合は、被保険者 別居の場合、月々の仕送りの金額を必ず記入 『同居』とみなし、『送金額』別居理由についても✓を記入、『仕送り』は行ってください。</p> <p><input type="checkbox"/> 学生(大学生、専門学校生、予備校生など)</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中</p> <p><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームや障害者施設に在所中</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</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 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合 TEL:050-3807-5059

<R6.3>

被保険者 入社

1.~5.について必ず記入
6.については該当する場合は記入

【扶養追加2/2】

【扶養追加2/2】とセットで提出。【扶養追加2/2】は認定対象者1人につき1部必要

のことを被保険者といいます。 ↓ これから扶養の申請をする方を認定対象者といいます。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名		続柄	年齢
記号	999	番号	999999	健保 元		健保 康	長男 3
認定対象者の個人番号 (マイナンバー)							
4 4 4 4 0 0 0 0 △ △ △ △							

マイナンバーを記載するため
追跡できる送付方法を推奨
(例: 社内便伝票付・特定記録郵便)
※送料は自己負担

誓約	今回の申請内容に、相違ありません。 尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を 遡って取り消し、保険給付の返還することに異存ありません。 また、被扶養者の認定基準から外れた時には、 直ちに扶養削除の手続きをいたします。	誓約の内容を確認し、記入日と✓を 必ず記入	記入日 令和 6 年 3 月 1 日	左記、内容に同意いたします。 この届出については、 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が 作成したものです。
----	---	--------------------------	--------------------	---

出生に伴う申請の場合(同居)のみ、この先1.~6. は記入不要

健康保険の種類	1. 認定対象者が現在加入している(していた)健康保険について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被保険者(任意継続被保険者の場合も含む): 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む): 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等 <input type="checkbox"/> 未加入 (令和 年 月から未加入) : (令和 年 月 日 来日) 資格喪失年月日 令和 6 年 3 月 1 日 資格喪失前の方は、✓を入れてください → <input type="checkbox"/> 喪失前
申請事由	2. 申請事由について、この1年間で該当する全ての項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 被保険者のソニー退職者医療制度加入 <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 結婚 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 収入減 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 廃業 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 同居 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 養子縁組 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了⇒終了日は3.へ記入 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失 (令和 年 月 日) ※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい) <input type="checkbox"/> その他※下欄に理由を記入してください。
雇用保険について	3. 雇用保険(失業等給付)について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格なし ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 以前より無職 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間1年未満 <input type="checkbox"/> (その他) <input type="checkbox"/> 受給資格はあるが受給しない ⇒ <input type="checkbox"/> 現在収入がある <input type="checkbox"/> 今後就職を希望しない <input type="checkbox"/> (その他) <input type="checkbox"/> 受給を延長した(予定) ⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠出産(予定日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> (その他) <input type="checkbox"/> 待期間、給付制限中 [主に自己都合退職] (※) <input type="checkbox"/> 受給を終了した ⇒ (令和 年 月 日 終了) <input type="checkbox"/> 基本手当月額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中 ※ 受給が始まり、基本手当月額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、 受給開始とともに扶養削除する必要があります。

収入の状況	4. 認定対象者の年間収入について該当する項目✓を入れ、必要事項を記入(年間収入とは、申請後1年間の見込み額です。)	①~⑩の全ての項目に、「あり」または「なし」に✓を記入
	①給与収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
	②年金収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
	③事業収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
	④専従者給与	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
	⑤不動産収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
	⑥雇用保険の失業等給付受給	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
	⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金) 利子収入、配当収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
	⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料等継続的に支払われているもの)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
	⑨傷病手当金または出産手当金	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円
⑩その他、生活費に充当できる収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし 円	
認定対象者が子で被保険者に配偶者がいない場合は5.(1)を必ず記入		円と記入 0 円
被保険者以外の扶養義務者	5. 配偶者の有無・状況について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※認定対象者が被保険者の配偶者の場合は記入不要	
	(1) 【認定対象者が『子』の場合】 被保険者に配偶者がいない場合は、該当する項目に✓を入れてください。 配偶者がいない場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 (その他)	
送金状況	(2) 【認定対象者が『配偶者』以外の場合】 認定対象者について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、 第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態かを確認します。	
	<input type="checkbox"/> 配偶者あり ⇒ 他の医療保険制度に加入 ⇒ 配偶者の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 未婚 <input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 死亡 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⇒ 遺族年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 離婚 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⇒ 慰謝料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
送金状況	6. 被保険者と別居している場合 ※同居の場合は、記入不要	
	(1) 仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要 円/月	
送金状況	(2) 別居の理由について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※ 学生に該当する場合は、被保険者 別居の場合 、月々の仕送りの金額を必ず記入 『同居』とみなし、『送金額』別居理由についても✓を記入、『仕送り』は行ってください。	
	<input type="checkbox"/> 学生(大学生、専門学校生、予備校生など) <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームや障害者施設に在所中 <input type="checkbox"/> その他 ()	

退職

健康保険被扶養者(異動)届 【扶養追加1/2】

Table with 5 columns: 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。

Main form header section containing insurance details, address, and contact information.

健保記入欄 (Insurance Record Section) with fields for year and income comparison.

Main form body section for dependent details, including name, birth date, gender, and application reason.

健保記入欄 (Insurance Record Section) with fields for recognition date and insurance receipt date.

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)
なお、配偶者以外の場合は他にも添付書類が必要です。
詳細はソニー健保ウェブサイト『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】
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WEBサイトをご確認の上、ご提出ください。
2. 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。
3. 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:「収入減による」「廃業による」など)
4. 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。

備考欄 (※健保使用) (Remarks Section)

事業所確認欄 (Business Confirmation Section) with checkboxes for confirmation and proof.

社会保険労務士の提出代行者欄 (Social Insurance Labor Consultant Submission Proxy Section)

受付印 (Receipt Stamp)

退職

1.~4.について必ず記入
5.~6.については該当する場合は記入

届【扶養追加2/2】

【扶養追加2/2】とセットで提出。【扶養追加2/2】は認定対象者1人につき1部必要

↓ 在職社員または退職者本人のことを被保険者といいます。 ↓ これから扶養の申請をする方を認定対象者といいます。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名		続柄	年齢
記号	999	番号	999999	健保 元		妻	31
認定対象者の個人番号 (マイナンバー)		3 3 3 3 〇 〇 〇 〇 △ △ △ △					

マイナンバーを記載するため
追跡できる送付方法を推奨
(例:社内便伝票付・特定記録郵便)
※送料は自己負担

誓約の内容を確認し、記入日と✓を
必ず記入

<p>今回の申請内容に、相違ありません。</p> <p>尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を 遡って取り消し、保険給付の返還することに異存ありません。</p> <p>また、被扶養者の認定基準から外れた時には、 直ちに扶養削除の手続きをいたします。</p>	<p>記入日 令和 6 年 3 月 1 日</p> <p>左記、内容に同意いたします。 この届出については、 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が 作成したものです。</p>
--	---

出生に伴う申請の場合(同居)のみ、この先1.~6. は記入不要

健康保険の種類

1. 認定対象者が現在加入している(していた)健康保険について該当する項目に✓を入れ、
必要事項を記入してください。

国民健康保険
 被保険者(任意継続被保険者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等
 被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等
 未加入(令和 年 月から未加入): (令和 年 月 日 来日)
資格喪失年月日 令和 6 年 3 月 1 日) 資格喪失前の方は、✓を入れてください → 喪失前

申請事由

2. 申請事由について、この1年間で該当する全ての項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。

被保険者の入社 被保険者のソニー退職者医療制度加入
 退職(令和 6 年 2 月 29 日) 結婚(令和 年 月 日)
 収入減(令和 年 月 日) 廃業(令和 年 月 日)
 同居(令和 年 月 日) 養子縁組(令和 年 月 日)
 離婚(令和 年 月 日) 雇用保険受給終了⇒終了日は3.へ記入
 任意継続被保険者の資格喪失(令和 年 月 日)
※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい)
 その他※下欄に理由を記入してください。

雇用保険について

3. 雇用保険(失業等給付)について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。

受給資格なし ⇒ 以前より無職 雇用保険未加入 加入期間1年未満 (その他)
 受給資格はあるが受給しない ⇒ 現在収入がある 今後就職を希望しない (その他)
 受給を延長した(予定) ⇒ 妊娠出産(予定日 令和 年 月 日) (その他)
 待期間、給付制限中 [主に自己都合退職] (※)
 受給を終了した ⇒ (令和 年 月 日 終了)
 基本手当月額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中
※ 受給が始まり、基本手当月額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、
受給開始とともに扶養削除する必要があります。

4. 認定対象者の年間収入について該当する項目✓を入れ、必要事項を記入
(年間収入とは、申請後1年間の見込み額です。)

①~⑩の全ての項目に、「あり」または「なし」に✓を記入

①給与収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
②年金収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
③事業収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
④専従者給与	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
⑤不動産収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
⑥雇用保険の失業等給付受給	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金) 利子収入、配当収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料等継続的に支払われているもの)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
⑨傷病手当金または出産手当金	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
⑩その他、生活費に充当できる収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 <input checked="" type="checkbox"/> なし	円
合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入		0 円

別紙『収入に関する添付書類一覧』を参考に、
収入に関する証明書を添付
全く無収入である場合も、無収入である証明書が必要
※無収入の証明書は配偶者の場合は不要
(ただし、特退配偶者は必要)

5. 配偶者の有無・状況について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。
※認定対象者が被保険者の配偶者の場合は記入不要

(1) 「認定対象者が『子』の場合」
認定対象者が被保険者の配偶者の場合は 該当する項目に✓を入れてください。
5. (1) (2) 共に記入不要 死別 未婚 (その他)

(2) 認定対象者について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。
※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、
第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態かを確認します。

配偶者あり ⇒ 他の医療保険制度に加入 ⇒ 配偶者の収入 あり なし
 配偶者なし ⇒ 未婚
 配偶者なし ⇒ 死亡(平成 令和 年 月 日) ⇒ 遺族年金 あり なし
 配偶者なし ⇒ 離婚(平成 令和 年 月 日) ⇒ 慰謝料 あり なし

6. 被保険者と別居している場合 ※同居の場合は、記入不要

(1) 仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要 円/月

(2) 別居の理由について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。
※ 学生に該当する場合は、被保険者 **別居の場合**、月々の仕送りの金額を必ず記入
『同居』とみなし、『送金額』別居理由についても✓を記入、『仕送り』は行ってください。

学生(大学生、専門学校生、予備校生など)
 被保険者が単身赴任中
 特別養護老人ホームや障害者施設に在所中
 その他 ()

【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 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合 TEL:050-3807-5059

<R6.3>

収入減

健康保険被扶養者(異動)届 【扶養追加1/2】

Table with 5 columns: 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。

この欄は届出をする被保険者本人について、自身の被保険者証をご覧の上ご記入ください。(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

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、被扶養者となる者についてご記入ください。
フリカ ナ 氏名 生年月日 性別 続柄 職業 収入 居住状況 異動年月日 申請事由
ケンホ ミホ 健保 美保 04年05月05日 妻 パート 同居 平成6年3月1日

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】
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WEBサイトをご確認の上、ご提出ください。
2. 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。
3. 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:「収入減による」「廃業による」など)
4. 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。

備考欄 (※健保使用)

事業所確認欄
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

収入減

1.~4.について必ず記入
5.~6.については該当する場合は記入

届 【扶養追加2/2】

収入減(収入減)届【扶養追加2/2】とセットで提出。【扶養追加2/2】は認定対象者1人につき1部必要

↓ 在職社員または退職者本人のことを被保険者といいます。 ↓ これから扶養の申請をする方を認定対象者といいます。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名		続柄	年齢
記号	999	番号	999999	健保 元		健保 美保	妻 31
認定対象者の個人番号 (マイナンバー)		3 3 3 3 〇 〇 〇 〇 △ △ △ △					

マイナンバーを記載するため
追跡できる送付方法を推奨
(例:社内便伝票付・特定記録郵便)
※送料は自己負担

誓約の内容を確認し、記入日と✓を
必ず記入

<p>今回の申請内容に、相違ありません。</p> <p>尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を 遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。</p> <p>また、被扶養者の認定基準から外れた時には、 直ちに扶養削除の手続きをいたします。</p>	<p>記入日 令和 6 年 3 月 1 日</p> <p>左記、内容に同意いたします。 この届出については、 申請者本人(被保険者)が 作成したものです。</p>
---	---

出生に伴う申請の場合(同居)のみ、この先1.~6. は記入不要

健康保険の種類

1. 認定対象者が現在加入している(していた)健康保険について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。

国民健康保険

被保険者(任意継続被保険者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等

被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等

未加入(令和 年 月から未加入): (令和 年 月 日 来日)

資格喪失年月日: 令和 年 月 日 資格喪失前の方は、✓を入れてください → 喪失前

申請事由

2. 申請事由について、この1年間で該当する全ての項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。

被保険者の入社 被保険者のソニー退職者医療制度加入

退職(令和 年 月 日) 結婚(令和 年 月 日)

収入減(令和 6 年 3 月 1 日) 廃業(令和 年 月 日)

同居(令和 年 月 日) 養子縁組(令和 年 月 日)

離婚(令和 年 月 日) 雇用保険受給終了⇒終了日は3.へ記入

任意継続被保険者の資格喪失(令和 年 月 日)

※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい)

その他※下欄に理由を記入してください。

雇用保険について

3. 雇用保険(失業等給付)について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。

受給資格なし ⇒ 以前より無職 雇用保険未加入 加入期間1年未満 (その他)

受給資格はあるが受給しない ⇒ 現在収入がある 今後就職を希望しない (その他)

受給を延長した(予定) ⇒ 妊娠出産(予定日 令和 年 月 日) (その他)

待期間、給付制限中 [主に自己都合退職] (※)

受給を終了した ⇒ (令和 年 月 日 終了)

基本手当月額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中

※ 受給が始まり、基本手当月額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、
受給開始とともに扶養削除する必要があります。

4. 認定対象者の年間収入について該当する項目✓を入れ、必要事項を記入してください。①~⑩の全ての項目に、「あり」または「なし」に✓を記入

①給与収入	<input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 800,000 円
②年金収入	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
③事業収入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
④専従者給与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
⑤不動産収入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
⑥雇用保険の失業等給付受給	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
⑧利子収入、配当収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
⑨他者からの援助(養育費、慰謝料等継続的に支払われているもの)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
⑩傷病手当金または出産手当金	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
⑩その他、生活費に充当できる収入	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ 年額 0 円
合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入	800,000 円

別紙『収入に関する添付書類一覧』を参考に、収入に関する証明書を添付
全く無収入である場合も、無収入である証明書が必要
※無収入の証明書は配偶者の場合は不要(ただし、特退配偶者は必要)

年間収入を算出し、それぞれ記入
※ソニー健保WEBサイト『家族の加入について』
年収の出し方参照

5. 配偶者の有無・状況について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※認定対象者が被保険者の配偶者の場合は記入不要

(1) 「認定対象者が『子』の場合」

認定対象者が被保険者の配偶者の場合は 該当する項目に✓を入れてください。
5. (1) (2) 共に記入不要

死別 未婚 (その他)

認定対象者について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。
※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、
第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態かを確認します。

配偶者あり ⇒ 他の医療保険制度に加入 ⇒ 配偶者の収入 あり なし

配偶者なし ⇒ 未婚

配偶者なし ⇒ 死亡(平成 令和 年 月 日) ⇒ 遺族年金 あり なし

配偶者なし ⇒ 離婚(平成 令和 年 月 日) ⇒ 慰謝料 あり なし

6. 被保険者と別居している場合 ※同居の場合は、記入不要

(1) 仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要 円/月

(2) 別居の理由について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。
※ 学生に該当する場合は、被保険者 **別居の場合**、月々の仕送りの金額を必ず記入
『同居』とみなし、『送金額』別居理由についても✓を記入、『仕送り』は行ってください。

学生(大学生、専門学校生、予備校生など)

被保険者が単身赴任中

特別養護老人ホームや障害者施設に在所中

その他 ()

【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。

特退加入 健康保険被扶養者(異動)届 【扶養追加1/2】

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。

この欄は届出をする被保険者本人について、自身の被保険者証をご覧の上ご記入ください。(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 <input type="checkbox"/> 平成 3 0 0 1 1 4	〒 999 - 9999 自宅電話番号 (99) 9999 - 9999 〇〇県〇〇郡〇〇町大字〇〇字〇〇9丁目9番地9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、課名などをご記入ください			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)/メールアドレスをご記入ください		確認欄
記入不要			(電話番号) 999-9999-9999	(メールアドレス) tarou.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

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、被扶養者となる者についてご記入ください。

フリカ	ナ	氏名	生年月日	性別	続柄	職業 収入	居住 状況	異動年月日	申請事由
ケンボ	ヤスコ	健保 康子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 5 年 1 1 月 2 1 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6 年 3 月 1 日	<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"/> 失業等給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <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							
		特退加入日を記入							
対象となる被扶養者の 住民票住所									
対象となる被扶養者の 住民票住所									
対象となる被扶養者の 住民票住所									
対象となる被扶養者の 住民票住所									
対象となる被扶養者の 住民票住所									

認定年月日	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

【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WEBサイトをご確認の上、ご提出ください。
- 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、事実を具体的にご記入ください。(例:「収入減による」「廃業による」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

特退加入

1.~4.について必ず記入
5.~6.については該当する場合は記入

【扶養追加2/2】

【2/2】とセットで提出。【扶養追加2/2】は認定対象者1人につき1部必要

↓ 在職社員または退職者本人のことを被保険者といいます。

↓ これから扶養の申請をする方を認定対象者といいます。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名		続柄	年齢
記号	999	番号	999999	健保 元		妻	63
認定対象者の個人番号 (マイナンバー)		5 5 5 5 〇 〇 〇 〇 △ △ △					

マイナンバーを記載するため
追跡できる送付方法を推奨
(例: 社内便伝票付・特定記録郵便)
※送料は自己負担

誓約の内容を確認し、記入日と✓を
必ず記入

<p>今回の申請内容に、相違ありません。</p> <p>尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を 遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。</p> <p>また、被扶養者の認定基準から外れた時には、 直ちに扶養削除の手続きをいたします。</p>	<p>記入日 令和 6 年 3 月 1 日</p> <p>左記、内容に同意いたします。 この届出については、 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が 作成したものです。</p>
---	---

出生に伴う申請の場合(同居)のみ、この先1.~6. は記入不要

健康保険の種類	<p>1. 認定対象者が現在加入している(していた)健康保険について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者(任意継続被保険者の場合も含む): 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む): 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等</p> <p><input type="checkbox"/> 未加入 (令和 年 月から未加入) : (令和 年 月 日來日)</p> <p>資格喪失年月日 令和 6 年 3 月 1 日) 資格喪失前の方は、✓を入れてください→ <input type="checkbox"/> 喪失前</p>
	<p>2. 申請事由について、この1年間で該当する全ての項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者のソニー退職者医療制度加入</p> <p><input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 結婚 (令和 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 収入減 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 廃業 (令和 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 同居 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 養子縁組 (令和 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 離婚 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了⇒終了日は3.へ記入</p> <p><input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失 (令和 年 月 日)</p> <p>※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい)</p> <p><input type="checkbox"/> その他※下欄に理由を記入してください。</p>
雇用保険について	<p>3. 雇用保険(失業等給付)について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受給資格なし ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 以前より無職 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間1年未満 <input type="checkbox"/> (その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 受給資格はあるが受給しない ⇒ <input type="checkbox"/> 現在収入がある <input type="checkbox"/> 今後就職を希望しない <input type="checkbox"/> (その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 受給を延長した(予定) ⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠出産(予定日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> (その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 待期間、給付制限中 [主に自己都合退職] (※)</p> <p><input type="checkbox"/> 受給を終了した ⇒ (令和 年 月 日終了)</p> <p><input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中</p> <p>※ 受給が始まり、基本手当日額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、 受給開始とともに扶養削除する必要があります。</p>

4. 認定対象者の年間収入について該当する項目✓を入れ、必要事項を記入(年間収入とは、申請後1年間の見込み額です。)		①~⑩の全ての項目に、「あり」または「なし」に✓を記入
①給与収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
②年金収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
③事業収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
④専従者給与	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
⑤不動産収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
⑥雇用保険の失業等給付受給	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料等継続的に支払われているもの)	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
⑨傷病手当金または出産手当金	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
⑩その他、生活費に充当できる収入	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 年額	<input checked="" type="checkbox"/> なし 円
合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入		0 円

別紙『収入に関する添付書類一覧』を参考に、
収入に関する証明書を添付
全く無収入である場合も、無収入である証明書が必要
※無収入の証明書は配偶者の場合は不要
(ただし、特退配偶者は必要)

収入の状況

被保険者以外の扶養義務者	<p>5. 配偶者の有無・状況について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※認定対象者が被保険者の配偶者の場合は記入不要</p> <p>(1) 「認定対象者が『子』の場合」</p> <p>認定対象者が被保険者の配偶者の場合は 該当する項目に✓を入れてください。 5. (1) (2) 共に記入不要 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 (その他)</p> <p>(2) 認定対象者について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、 第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態かを確認します。</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者あり ⇒ 他の医療保険制度に加入 ⇒ 配偶者の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 未婚</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 死亡 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⇒ 遺族年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者なし ⇒ 離婚 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⇒ 慰謝料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p>
	<p>6. 被保険者と別居している場合 ※同居の場合は、記入不要</p> <p>(1) 仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要 円/月</p> <p>(2) 別居の理由について該当する項目に✓を入れ、必要事項を記入してください。 ※ 学生に該当する場合は、被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 別居の場合、月々の仕送りの金額を必ず記入 『同居』とみなし、『送金簿』、『仕送り』は行ってください。 <input type="checkbox"/> 学生(大学生、専門学校生、予備校生など)</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中</p> <p><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームや障害者施設に在所中</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</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。