

健康保険被扶養者（異動）届 【扶養削除】

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

※家族を健康保険の扶養から外す際に、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。

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 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
			(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

ここから下の欄は、被扶養者でなく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	削除証明書 発行	申請事由
		昭 平 令 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	平成 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業等給付受給開始 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> その他/備考()
対象となる被扶養者の 住民票住所	〒 -								
		昭 平 令 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	平成 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業等給付受給開始 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> その他/備考()
対象となる被扶養者の 住民票住所	〒 -								
		昭 平 令 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	平成 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業等給付受給開始 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> その他/備考()
対象となる被扶養者の 住民票住所	〒 -								
		昭 平 令 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	平成 令和 年 月 日	要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業等給付受給開始 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> その他/備考()
対象となる被扶養者の 住民票住所	〒 -								

削除年月日

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】

- 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申請で、勤務先の健康保険に加入した場合は、社会保険加入日が確認できる書類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、事実を具体的にご記入ください。(例:「開業」「生計維持なし」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。
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

就職

健康保険被扶養者（異動）届 【扶養削除】

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から外す際に、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。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, 連絡先, 確認欄

健保記入欄

ここから下の欄は、被扶養者でなくなる者についてご記入ください。フリカドナ, 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, 対象となる被扶養者の住民票住所

削除年月日, 平成・令和, 年月日, 保険証回収日

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社会保険加入日がわかる書類のコピーを添付してください。

就職後、国民健康保険へ加入される場合は
✓を記入してください。
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。
※就職先で健康保険へ加入する場合は✓不要です。

- 【注意事項】
1. 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。
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。
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

雇用保険 失業給付受給開始

扶養者（異動）届 【扶養削除】

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。

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"/> 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

ここから下の欄は、被扶養者でなく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	削除証明書 発行	申請事由	削除年月日
ケンホ	ミホ	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 0 4 0 5 0 5	<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 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 6 年 3 月 1 日	要 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input checked="" type="checkbox"/> 失業等給付受給開始 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <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								
対象となる被扶養者の 住民票住所		被保険者と同じ								

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。

※ 「雇用保険受給資格者証」全ページコピー
または「雇用保険受給資格通知」全ページ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。

削除年月日	平成・令和 年 月 日
保険証 回収日	: 年 月 日
削除年月日	平成・令和 年 月 日
保険証 回収日	: 年 月 日
削除年月日	平成・令和 年 月 日
保険証 回収日	: 年 月 日
削除年月日	平成・令和 年 月 日
保険証 回収日	: 年 月 日

- 【注意事項】
1. 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申請で、勤務先の健康保険に加入した場合は、社会保険加入日が確認できる書類のコピーを必ず添付してください。
 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：「開業」「生計維持なし」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）

※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。
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

離婚

健康保険被扶養者（異動）届 【扶養削除】

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から外す際に、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。
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 男 昭和 平成 999 - 9999
030220 〇〇県〇〇郡〇〇町大字〇〇字〇〇9丁目9番地9号
▽▽(株) 〇〇TEC 〇階 ××部 ×課 999-9999-9999 gen.kenpo@〇〇.com

健保記入欄

ここから下の欄は、被扶養者でなくなる者についてご記入ください。
フリカドナ 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
ケンホミホ 健保美保 昭平令 男 妻 無職 同居 平成 令和 6年3月1日
ケンホコウ 健保康 昭平令 男 長男 無職 同居 平成 令和 6年3月1日

削除年月日

Table with 2 columns: 削除年月日, 保険証回収日

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。

- 【注意事項】
1. 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。
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。
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)

※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
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