

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 【住所変更】

※家族の住所変更をする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。										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					
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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		
ここから下の欄は、住所変更する者についてご記入ください。										千円	
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		住 所 変 更 年 月 日
			<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"/> 転居 <input type="checkbox"/> 区画整理・表記変更 <input type="checkbox"/> 別居 (送金額 円/月) <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		〒 -					<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"/> 転居 <input type="checkbox"/> 区画整理・表記変更 <input type="checkbox"/> 別居 (送金額 円/月) <input type="checkbox"/> その他/備考 ()		保険証 回収日 : 年 月 日
対象となる被扶養者の 住民票住所		〒 -					<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"/> 転居 <input type="checkbox"/> 区画整理・表記変更 <input type="checkbox"/> 別居 (送金額 円/月) <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		〒 -					<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"/> 転居 <input type="checkbox"/> 区画整理・表記変更 <input type="checkbox"/> 別居 (送金額 円/月) <input type="checkbox"/> その他/備考 ()		保険証 回収日 : 年 月 日
対象となる被扶養者の 住民票住所		〒 -					<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"/> 転居 <input type="checkbox"/> 区画整理・表記変更 <input type="checkbox"/> 別居 (送金額 円/月) <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		〒 -					<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"/> 転居 <input type="checkbox"/> 区画整理・表記変更 <input type="checkbox"/> 別居 (送金額 円/月) <input type="checkbox"/> その他/備考 ()		保険証 回収日 : 年 月 日

【注意事項】

1. 住所は住民票住所をご記入ください。
2. 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。
3. 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)

受 付 印

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

記入例

健康保険被扶養者（異動）届 【住所変更】

Table with 5 columns: 常務理事, 事務長, 係, 係, 事業所受付

※家族の住所変更をする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 application form with multiple sections for insured person details, dependents, and residence information.

- 【注意事項】
1. 住所は住民票住所をご記入ください。
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. 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