

扶養削除申請

健康保険被扶養者（異動）届

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。  
 ※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。

|      |     |   |   |       |
|------|-----|---|---|-------|
| 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   | 生年月日         | 被保険者現住所  |
|--|---------|------|---|--------------|--|
| 999  | 999999  | 健保 元 | 男   | 昭 平 03 02 20 | 〒 999 - 9999<br>東京都 ○区 ○○ 9-9-9<br>自宅電話番号 ( 03 ) 9999 - 9999 |
| 被保険者の所属部署（保険証の発送先となります）<br>※会社名、建物、階層、営業所、部、課名などを正しく記入してください（任継・特退被保険者は記入不要） |         |      | 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致します）<br>※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 |              |  |
| ▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課  |         |      | (電話番号) 999-9999-9999  |              | (メールアドレス) gen.kenpo@jp.sony.com                              |

| 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 年 月 日 |
| 保険証回収日                  | 平成 年 月 日 |
| 保険証回収日                  | 平成 年 月 日 |
| 保険証回収日                  | 平成 年 月 日 |
| 保険証回収日                  | 平成 年 月 日 |
| 保険証回収日                  | 平成 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           | 申請事由<br>(該当するものに☑をつけてください)   |
|----------|-------------|-------|-----------------|----|----|-----|----|------|-----------------|--|
| 追加<br>削除 | ケンボウ ミホ     | 健保 美保 | 昭 平 04 05 10    | 男  | 妻  | パート | 有  | 同居   | 平成 30 年 1 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平成 年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）                 |
| 住変       | 対象となる被扶養者住所 |       | 被保険者と同じ         |    |    |     |    |      |                 |  |
| 追加<br>削除 | ケンボウ ヤスオ    | 健保 康夫 | 昭 平 16 01 01    | 男  | 父  | 無職  | 有  | 同居   | 平成 30 年 1 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<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平成 年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input checked="" type="checkbox"/> その他/備考（ 後期高齢者医療制度 該当による ） |
| 住変       | 対象となる被扶養者住所 |       | 大阪府 ○市 ○○ 1-1-1 |    |    |     |    |      |                 |  |
| 追加<br>削除 |             |       |                 |    |    |     |    | 同居   | 平成 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<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平成 年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）                            |
| 住変       | 対象となる被扶養者住所 |       |                 |    |    |     |    |      |                 |  |
| 追加<br>削除 |             |       |                 |    |    |     |    | 同居   | 平成 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<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平成 年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）                            |
| 住変       | 対象となる被扶養者住所 |       |                 |    |    |     |    |      |                 |  |

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】
- 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）
- ※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 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合

| 備考欄（※健保使用） |
|------------|
|            |

|        |   |
|--------|---|
| 事業所所在地 |   |
| 事業所名称  |   |
| 事業主名   | 印 |

|                |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
| 印              |

受付印

扶養削除申請

健康保険被扶養者（異動）届

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。  
 ※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。

|      |     |   |   |       |
|------|-----|---|---|-------|
| 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 | 生年月日       | 被保険者現住所   |
| 999  | 999999  | 健保 元 | 男 | 昭和30年3月22日 | 〒999-9999<br>東京都〇区〇〇9-9-9<br>自宅電話番号(〇3)9999-9999                              |
| 被保険者の所属部署（保険証の発送先となります）<br>※会社名、建物、階層、営業所、部、課名などを正しく記入してください（任職・特退被保険者は記入不要） |         |      |   |            | 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致します）<br>※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 |
| ▽▽(株) 〇〇TEC 〇階 ××部 ×課  |         |      |   |            | (電話番号) 999-9999-9999 (メールアドレス) gen.kenpo@jp.sony.com                          |

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       | 申請事由<br>(該当するものに☑をつけてください)   |
|----------|---|-------|-----------|----|----|----|-----|----------|-------------|--|
| 追加<br>削除 | ケンボ<br>ミホ   | 健保 美保 | 昭和40年4月5日 | 男  | 妻  | 無職 | 有 無 | 同居       | 平成30年4月16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<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日)<br><input checked="" type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考( ) |
| 住変       | 対象となる被扶養者住所 〒 - 被保険者と同じ                               |       |           |    |    |    |     |          |             |  |
| 追加<br>削除 |   |       |           |    |    |    |     | 同居<br>別居 | 平成<br>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<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考( )            |
| 住変       | 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。                      |       |           |    |    |    |     |          |             |  |
| 追加<br>削除 |   |       |           |    |    |    |     | 同居<br>別居 | 平成<br>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<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考( )            |
| 住変       | ※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。               |       |           |    |    |    |     |          |             |  |
| 追加<br>削除 |   |       |           |    |    |    |     | 同居<br>別居 | 平成<br>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<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考( )            |
| 住変       | ※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。 |       |           |    |    |    |     |          |             |  |
| 追加<br>削除 |   |       |           |    |    |    |     | 同居<br>別居 | 平成<br>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<br><input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考( )            |
| 住変       | 対象となる被扶養者住所 〒 -                                       |       |           |    |    |    |     |          |             |  |

認定又は削除の年月日

平成 年 月 日

保険証回収日

平成 年 月 日

保険証回収日

平成 年 月 日

保険証回収日

平成 年 月 日

保険証回収日

平成 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）

※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 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合

備考欄（※健保使用）

|        |   |
|--------|---|
| 事業所所在地 |   |
| 事業所名称  |   |
| 事業主名   | 印 |

社会保険労務士の提出代行者印

印

受付印