

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

※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。）										健保記入欄			
記号	被保険者証番号	氏名			性	生年月日			被保険者現住所		被保険者年収		
					男 昭 年 月 日 印 女 平				〒 -		千円		
被保険者の所属部署（保険証の発送先となります） ※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） ※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					（電話番号）		（メールアドレス）	
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	フリカ	ナ	氏名			性	続柄	職業 収入	居住 状況	異動年月日	申請事由 （該当するものに☑をつけてください）		認定又は削除の 年月日
追加						昭 年 月 日 男			同居	平成	<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：平 年 月 日）		平成
削除						平 年 月 日 女	有 無		別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）		年 月 日
住変	対象となる被扶養者住所		〒 -										保険証 回収日
追加						昭 年 月 日 男			同居	平成	<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：平 年 月 日）		平成
削除						平 年 月 日 女	有 無		別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）		年 月 日
住変	対象となる被扶養者住所		〒 -										保険証 回収日
追加						昭 年 月 日 男			同居	平成	<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：平 年 月 日）		平成
削除						平 年 月 日 女	有 無		別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）		年 月 日
住変	対象となる被扶養者住所		〒 -										保険証 回収日
追加						昭 年 月 日 男			同居	平成	<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：平 年 月 日）		平成
削除						平 年 月 日 女	有 無		別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）		年 月 日
住変	対象となる被扶養者住所		〒 -										保険証 回収日

【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

扶養追加申請

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 東京都〇区〇〇9-9-9 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） ※建物、階層、営業所、部、課名などを記入してください（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） ※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
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

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

【注意事項】

- 追加申請の際の添付書類（証明書など）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

扶養追加申請

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 東京都〇区〇〇9-9-9 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） ※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） ※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
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

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	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 (該当するものに☑をつけてください)
追加	ケンボ	健保 花	昭和30年3月01日	女	長女	無職 有(無)	同居	平成30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"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日:平成 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)
削除									
住変		対象となる被扶養者住所	被保険者と同じ						
追加									<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:平成 年 月 日)
削除									
住変		対象となる被扶養者住所							
追加									<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:平成 年 月 日)
削除									
住変		対象となる被扶養者住所							
追加									<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:平成 年 月 日)
削除									
住変		対象となる被扶養者住所							

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。

【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

扶養追加申請

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 東京都〇区〇〇9-9-9 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） ※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） ※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

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	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 (該当するものに☑をつけてください)
追加	ケンポ	健保 保子	昭和34年01月10日	男	母	パート (有)	同居	平成30年2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"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日:平成 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)
削除									
住変	対象となる被扶養者住所		〒111-1111 大阪府〇市〇〇1-1-1						
追加									
削除									
住変	対象となる被扶養者住所		〒 -						
追加									
削除									
住変	対象となる被扶養者住所		〒 -						
追加									
削除									
住変	対象となる被扶養者住所		〒 -						

【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

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 03 02 20	〒 999 - 9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9 自宅電話番号 (03) 9999 - 9999
被保険者の所属部署（保険証の発送先となります） ※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） ※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

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 (該当するものに☑をつけてください)
追加 削除	ケンボ	健保 美保	昭 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 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平 年 月 日） <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 削除	ケンボ	健保 康夫	昭 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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平 年 月 日） <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 〒111 - 1111 大阪府 ○市 ○○ 1-1-1								
追加 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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）
住変									
追加 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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平 年 月 日） <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考（ ）
住変									

認定又は削除の年月日

平成 年 月 日

保険証回収日 回収日 : 年 月 日

平成 年 月 日

保険証回収日 回収日 : 年 月 日

平成 年 月 日

保険証回収日 回収日 : 年 月 日

平成 年 月 日

保険証回収日 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】
- 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 東京都〇区〇〇9-9-9 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） ※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） ※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 (該当するものに☑をつけてください)
追加 削除	ケンボ	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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日) <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 削除							同居 別居	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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日) <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。						
追加 削除							同居 別居	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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日) <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		※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 削除							同居 別居	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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日) <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		※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 削除							同居 別居	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 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 平 年 月 日) <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		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

住所変更申請

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 康夫	男	昭和33年01月01日	〒999-9999 東京都〇区〇〇 9-9-9 <small>自宅電話番号(〇3) 9999-9999</small>
被保険者の所属部署（保険証の発送先となります） ※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） ※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) yasuo.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 (該当するものに☑をつけてください)
追加	ケンボ	健保 保子	昭和34年05月01日	女	妻	無職	有(無)	同居	平成30年4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"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日:平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考(転居のため)
削除										
住変		対象となる被扶養者住所	〒999-9999 東京都〇区〇〇 9-9-9							
追加	ケンボ	健保 保子	昭和02年01月10日	女	長女	大学生	有(無)	別居	平成30年4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"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日:平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考(別居のため)
削除										
住変		対象となる被扶養者住所	〒111-1111 大阪府〇市〇〇 1-2-3							
追加										
削除										
住変		対象となる被扶養者住所	〒 -							
追加										
削除										
住変		対象となる被扶養者住所	〒 -							

住所変更日をご記入ください。
 住所変更の理由を「その他」欄にご記入ください。

【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