ソニー健康保険組合

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。）

記号	被保険者証番号	氏名	性	生年月日	被保険者現住所
		印	男 女	昭 平　年　月　日	〒　－ 自宅電話番号（　　）　－

被保険者の本籍会社（出向者の場合は、出向元会社）／所属部署 ※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	
	（電話番号）	（メールアドレス）

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）	認定又は削除の年月日
追加 削除 住変	対象となる被扶養者住所 〒　－	昭 平　年　月　日	男 女		有　無	同居 別居	平成　年　月　日	□被保険者本人の入社　□結婚　□出生　□退職 □就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日） □失業給付受給開始　□その他/備考（　　）	平成　年　月　日 保険証回収日　：　年　月　日
追加 削除 住変	対象となる被扶養者住所 〒　－	昭 平　年　月　日	男 女		有　無	同居 別居	平成　年　月　日	□被保険者本人の入社　□結婚　□出生　□退職 □就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日） □失業給付受給開始　□その他/備考（　　）	平成　年　月　日 保険証回収日　：　年　月　日
追加 削除 住変	対象となる被扶養者住所 〒　－	昭 平　年　月　日	男 女		有　無	同居 別居	平成　年　月　日	□被保険者本人の入社　□結婚　□出生　□退職 □就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日） □失業給付受給開始　□その他/備考（　　）	平成　年　月　日 保険証回収日　：　年　月　日
追加 削除 住変	対象となる被扶養者住所 〒　－	昭 平　年　月　日	男 女		有　無	同居 別居	平成　年　月　日	□被保険者本人の入社　□結婚　□出生　□退職 □就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日） □失業給付受給開始　□その他/備考（　　）	平成　年　月　日 保険証回収日　：　年　月　日

【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HPをご確認の上、ご提出ください。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
〒110-0016　東京都台東区台東1-24-2　ソニー秋葉原ビル　　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

〈H28.4〉

ソニー健康保険組合

保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	係	係	事業所受付

＊Please provide all requested information in the areas outlined in bold.

Health insurance card symbol/ number

Sex: male/ female

Showa/Heisei

Birth date (Y/M/D)

Current address

れる、または扶養から外れる、または扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被保険者（異動）届をご提出ください。必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
請がない場合でも、扶養家族の住所変更がある場合は、必ずこの被保険者（異動）届をご提出ください。

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記入してください。（入社の場合は、記号・被保険者番号は未

記号	被保険者証番号	氏名	性別	生年月日	被保険者現住所
999	999999	Name 健保　元 (健保)	男 / 女 (平)	昭 03年02月20日	〒999-9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9　自宅電話番号（ 03 ）9999 - 9999

Home telephone number

被保険者の本籍会社（出向者の場合は、出向元会社）／所属部署 ※建物、階層、営業所、退被保険者は記入不要）	日中の確認や健保から直接ご連絡を致します）の電話番号とメールアドレスを記入してください	
▽▽㈱　○○TEC　○階　××部　×課	（電話番号）999-9999-9999	（メールアドレス）gen.kenpo@sony.com

Business Entity/Department

Daytime telephone number

Mail address

健保記入欄

被保険者年収

※夫婦…する場合の年間収入比較　千円

About the insured individual submitting this notice

被扶養者…被扶養者でなくなる…変更する者について記入し…

Circle "Added"

Sex: male/ female

Showa/Heisei

Birth Date (Y/M/D)

Date dependency commenced (Y/M/D)

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）	認定又は削除の年月日
追加 / 削除 / 住変	ケンポ゛ ハナ / Name 健保　花	昭 平 29年03月01日	男 / 女	長女	無職 / 有 無	同居 / 別居	平成 29年3月1日	□被保険者本人の入社　□結婚　☑出生　□退職　□就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日）　□失業給付受給開始　□その他/備考（妻： 111-11111）	平成 年 月 日 / 保険証回収日 年 月 日
住変	対象となる被扶養者住所 〒 － 被保険者と同じ								
追加 / 削除		昭 平 年 月 日	男 / 女		有 無	別居	平成 年 月 日	□就職　□死亡　□失業給付受給	平成 年 月 日 / 保険証回収日
住変	対象となる被扶養者住所 〒 －								
追加 / 削除		昭 平 年 月 日	男 / 女		有 無	別居	年 月 日	□就職　□死亡	平成 年 月 日 / 保険証回収日
住変	対象 〒 －							□失業給付受給	
追加 / 削除							日	□被保険者本人の入社　□就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日）　□失業給付受給開始　□その他/備考（　）	平成 年 月 日 / 保険証回収日
住変	対象となる被扶養者住所 〒 －								

Furigana

Name

Eligible dependents address

Relationship

Income: yes/ no

Occupation

Regarding household: Same/ Different

Select the applicable reason

If your spouse is insured under the Sony Health Insurance Society and you are submitting this application on behalf of a child, enter your spouse's name and the number and code of his or her health insurance card

About the dependent subject to this notice

追加：Added
削除：Deleted
住変：Change address

被保険者本人の入社：Because the insured entered the company
結婚：Because got married　出生：Because a child was born
退職：Because retired　就職：Because got a job
死亡/死亡日：Because passed away/Death Date
失業給付受給開始：To start receiving unemployment benefits
その他/備考：Other reasons

【注意事項】

1. 追加申請の際の添付書類（証明書類など）につ…ください。
2. 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。
3. 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。
4. 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。

〒110-0016　東京都台東区台東1-24-2　ソニー秋葉原ビル　　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

ソニー健康保険組合

健康保険被扶養者（異動）届

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、または扶養から外す場合で必要な書類です。太枠内を全て正確にご記入ください。
※住所がない場合でも、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。

Health insurance card symbol/ number
Sex: male/ female
Showa/Heisei
Birth date (Y/M/D)
Current address

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記入してください。（入社の場合は、記号・被保険者番号は未

記号	被保険者証番号	氏名	性別	生年月日	被保険者現住所
999	999999	Name 健保　元 (健保)	男 / 女(平)	昭 03年02月20日	〒999-9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9 自宅電話番号（ 03 ）9999 - 9999

Home telephone number

被保険者の本籍会社（出向者の場合は、出向元会社）／所属部署
※建物、階層、営業所、退被保険者は記入不要）

Business Entity/Department

▽▽㈱　○○TEC　○階　××部　×課

Daytime telephone number　Mail address

（電話番号）999-9999-9999
（メールアドレス）gen.kenpo@sony.com

Circle "Deleted"　Showa/Heisei　Sex: male/ female　Birth Date (Y/M/D)　Date dependency commenced (Y/M/D)

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）	認定又は削除の年月日
追加 / 削除	ケンポ ミホ / Name 健保　美保	昭 / 平 04年05月10日	男 / 女	妻	パート / 有 / 無	同居 / 別居	平成 29年1月1日	□被保険者本人の入社　□結婚　□出生　□退職　☑就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日）　□失業給付受給開始　□その他/備考（　）	平成　年　月　日
住変	対象となる被扶養者住所 〒　－ 被保険者と同じ								保険証回収日：　年　月　日
追加 / 削除		昭 / 平 年 月 日	男 / 女		有 / 無	別居	平成 年 月 日	□就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日）　□失業給付受給開始　□その他/備考（　）	平成　年　月　日
住変	対象となる被扶養者住所 〒　－								保険証回収日：　年　月　日
追加 / 削除		昭 / 平 年 月 日	男 / 女		有 / 無	別居	年 月 日	□被保険者本人の入社　□結婚　□出生　□退職　□就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日）　□失業給付受給開始　□その他/備考（　）	平成　年　月　日
住変	対象となる被扶養者住所 〒　－								保険証回収日：　年　月　日
追加 / 削除		日						□被保険者本人の入社　□結婚　□出生　□退職　□就職　□死亡（死亡日：平　年　月　日）　□失業給付受給開始　□その他/備考（　）	平成　年　月　日
住変	対象となる被扶養者住所 〒　－								保険証回収日：　年　月　日

Furigana　Name　Eligible dependents address　Relationship　Income: yes/ no　Occupation　Regarding household: Same/ Different　Select the applicable reason

追加：Added
削除：Deleted
住変：Change address

被保険者本人の入社：Because the insured entered the company
結婚：Because got married　出生：Because a child was born
退職：Because retired　就職：Because got a job
死亡/死亡日：Because passed away/Death Date
失業給付受給開始：To start receiving unemployment benefits
その他/備考：Other reasons

健保記入欄
被保険者年収
※夫婦…する場合の年間収入比較
千円

About the insured individual submitting this notice
About the dependent subject to this notice

【注意事項】
1. 追加申請の際の添付書類（証明書類など）につ…ださい。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
〒110-0016　東京都台東区台東1-24-2　ソニー秋葉原ビル　ソニー健康保険組合

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…

印

* Please provide all requested information in the areas outlined in bold.
* When applying to cancel coverage, please be sure to attach the health insurance card of the individual whose coverage is being cancelled.
* If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.