

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				
					男 昭 年 月 日 印 女 平				〒 -		被保険者年収 千円		
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)					自宅電話番号() -	※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。										認定又は削除の年月日			
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)	平成 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	平成 年 月 日
削除					平 年 月 日	女		有 無	別居		年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平 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		〒 -									<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()	平成 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	平成 年 月 日
削除					平 年 月 日	女		有 無	別居		年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平 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		〒 -									<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()	平成 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	平成 年 月 日
削除					平 年 月 日	女		有 無	別居		年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平 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		〒 -									<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()	平成 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	平成 年 月 日
削除					平 年 月 日	女		有 無	別居		年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日：平 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		〒 -									<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> その他/備考()	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