

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	性別	生年月日	被保険者現住所
999	999999	健保 元	男	昭和30年2月20日	〒999-9999 東京都〇区〇〇 9-9-9
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
▽▽(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
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 (該当するものに☑をつけてください)
追加 削除	ケンホ ミホ	健保 美保	昭和40年5月10日	女	妻	パート 有	同居	平成28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：平成 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	ケンホ ヤスオ	健保 康夫	昭和46年10月1日	男	父	無職 有	同居	平成28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：平成 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 大阪府〇市〇〇 1-1-1						
追加 削除	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。								
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 削除	※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。								

- 【注意】
- 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、事実を具体的に記入してください。（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