



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	性別	生年月日	被保険者現住所
999	999999	健保 康夫	男	昭平 33 01 01	〒999 - 9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9 <small>自宅電話番号 (03) 9999 - 9999</small>
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 <small>※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）</small>			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） <small>※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</small>		
▽▽(株) ○○TEC ○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

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	ケンボ ヤスコ	健保 保子	昭平 34 05 01	女	妻	無職 有(無)	同居	平成 28 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 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									
追加	ケンボ ヤスコ	健保 保子	昭平 02 01 10	女	長女	大学生 有(無)	同居	平成 28 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 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									
追加									
削除									
追加									
削除									
追加									
削除									
追加									
削除									

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