ソニー健康保険組合

一斉扶養審査専用 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

※この被扶養者届は一斉扶養審査専用の用紙のため、一斉扶養審査にかかる手続きでのみ（扶養削除/住所変更のみ）、使用可能です。
扶養「追加」申請をする場合は、ソニー健保HPより被扶養者（異動）届を印刷し、使用してください。

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

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）	削除又は住変の年月日
削除		昭 平　年　月　日	男 女		有 無	同居 別居	平成　年　月　日	□就職 □収入超過 □失業給付受給開始 □転居 □その他/備考（　）	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	〒　－							
削除		昭 平　年　月　日	男 女		有 無	同居 別居	平成　年　月　日	□就職 □収入超過 □失業給付受給開始 □転居 □その他/備考（　）	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	〒　－							
削除		昭 平　年　月　日	男 女		有 無	同居 別居	平成　年　月　日	□就職 □収入超過 □失業給付受給開始 □転居 □その他/備考（　）	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	〒　－							
削除		昭 平　年　月　日	男 女		有 無	同居 別居	平成　年　月　日	□就職 □収入超過 □失業給付受給開始 □転居 □その他/備考（　）	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	〒　－							

※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

受付印

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』をここに貼付
もしくは 本紙にホッチキスで添付

記入例

ソニー健康保険組合

一斉扶養審査専用 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

※この被扶養者届は一斉扶養審査専用の用紙のため、一斉扶養審査にかかる手続きでのみ（扶養削除/住所変更のみ）、使用可能です。
扶養「追加」申請をする場合は、ソニー健保HPより被扶養者（異動）届を印刷し、使用してください。

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
123	456	健保　太郎	(男) 女	(昭) 平　4年 3月 01日	〒 111 － 1111 ○○県○○市○○町1-2-3 自宅電話番号(000) 000 - 0000

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)　○○部○○課	(電話番号) 090-111-1111	(メールアドレス)

健保記入欄

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）	削除又は住変の年月日
(削除)	ケンホ゛ハナコ 健保　花子	(昭) 平　44年 02月 02日	(男) 女	妻	パート (有) 無	(同居) 別居	平成 28年 7月 1日	□就職 ☑収入超過 □失業給付受給開始 □転居 □その他/備考（　）	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							
(削除)	ケンホ゛ミホ 健保　美保	昭 (平)　06年 01月 15日	男 (女)	長女	会社員 (有) 無	同居 (別居)	平成 29年 4月 1日	☑就職 □収入超過 □失業給付受給開始 □転居 □その他/備考（　）	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	〒 999 － 9999 ○○県○○市○○町4-5-6							
削除	ケンホ゛ジロウ 健保　次郎	昭 (平)　10年 05月 01日	(男) 女	長男	学生 有 (無)	同居 (別居)	平成 29年 4月 1日	□就職 □収入超過 □失業給付受給開始 ☑転居 □その他/備考（　）	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	〒 000 － 0000 ○○県○○市○○町7-8-9							
削除		昭 平　年　月　日	男 女		有 無	同居 別居	平成　年　月　日	□就職 □収入超過 □失業給付受給開始 □転居 □その他/備考（　）	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	〒　－							

※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。
合

健康保険 本人(被保険者) 平成29年4月1日交付
被保険者証 記号●●●　番号●●

氏名　健保　美保
生年月日　平成 6 年 1 月15日　性別　女
資格取得年月日　平成29 年 4 月 1 日

保険者名称　●●●●●●健保
保険者番号　01234567
保険者所在地　●●●●●●●●●●●●●●

※必ず新しい保険証のコピーを貼付もしくは
本紙にホチキスで添付してください。

、『新しい保険証のコピー』をここに貼付

受付印