※健保記入欄
□被扶養配偶者有
□資格喪失証明書発行

決裁（決定/発行/交付）			
常務理事	事務長	課長	係

健康保険被扶養者異動届

令和　　年　　月　　日提出

被保険者証	記号		フリガナ 被保険者 氏　名	印	性別	生　年　月　日 年　　月　　日
	番号					
勤務先 事業所		被保険者資格の取得年月日	年　　月　　日	フリガナ 被保険者の現住所	〒 TEL	

増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	性別	元号	生年月日（和暦）	続柄	職業 収入(年額)	被保険者との世帯別	住所（被扶養者） ＊別世帯のみ記入	※取得・喪失　年月日 （健保記入欄） 個人番号	異動の理由 年月日（和暦）
				年　月　日		円		〒	※	年　月　日
				年　月　日		円		〒	※	年　月　日
				年　月　日		円		〒	※	年　月　日
				年　月　日		円		〒	※	年　月　日

〔注意〕
1．記入説明をよく読み、抜けもれのないよう記入し、減の場合は該当者の保険証を添えて提出してください。
2．※印欄には記入しないでください。
3．増と減が同時にある場合は用紙を別々に記入してください。
4．続柄は、戸籍上の続柄（例：子であれば「長男」「長女」等）を記載してください。

事業所	所在地 名　称	
確認欄	以下を確認した場合は被保険者本人の捺印が省略できます。	
□	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	

配偶者に関する情報			
※配偶者がオリンパスグループで勤務している場合に記載			
記号	番号	氏名	

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊞

受付日付印

オリンパス健康保険組合
R5.6.1