

<p style="text-align: center;">オリンパス健康保険組合</p> <p style="text-align: center;">健康保険被扶養者認定現況届</p>	健康保険組合				事業所(人事・総務)	
	常務理事	事務長	保険業務GL	担当	担当GL	事務担当

被 保 険 者	記号	番号	従業員番号	資格取得年月日
	事業所名	事業場名		
	部署名	内線		
	住所			
	氏名	印	生年月日	年齢

認 定 対 象 者	氏名	続柄	生年月日	年齢	性別
	申請理由	事実発生日			
	「その他」の具体的内容				
	事実発生後現在までの健康保険加入状況				
	雇用保険	前職退職年月日	失業給付の受給		
	1	勤労収入	月収金額	就職日	
	2	勤務先名			
	2	年金収入	月収金額	年金の種類	
	3	その他	月収金額	収入合計	
	「その他」の場合は具体的収入内容				
今後1年間の収入の見通し					
同居状況	収入がある同居人の有無				
別居の場合の住所					

世 帯 の 収 入	氏名	続柄	年齢	職業	月収	同居	オリンパス健保扶養状況
		被保険者					被保険者
							被扶養者認定希望
		被保険者の可処分所得月額	同居世帯人数		オリンパス健保加入者数		認定対象者の月収

