

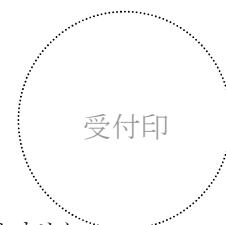
<p style="text-align: center;">オリンパス健康保険組合</p> <p style="text-align: center;">健康保険被扶養者認定現況届</p>	健康保険組合				
	常務理事	事務長	保険業務GL	担当	担当

被 保 険 者	被扶養者申請にあたり、下記の届出内容に相違ありません。				届出日
	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		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	
			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	

事 業 主	当事業所被保険者の上記届出内容、及び添付書類に不備不足が無いことを確認しました。			
	事業所名			
	担当職制氏名	担当者氏名		
	事業所受付日	令和 年 月 日	受付	



申請にあたり記入された内容・添付書類は、オリンパス健康保険組合の被扶養者認定以外の目的には使用いたしません。