

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		性別	生 年 月 日				
	番号	被保険者氏名			年 月 日				
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	〒				
増減別	フリガナ被扶養者の氏名	性別	生 年 月 日	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)	異動の理由 年月日
								個人番号	
			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]

- 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。
- ※印欄には記入しないでください。
- 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。

所在地	
事業所名称	
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。
<input type="checkbox"/>	

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