

日本に生活基礎がない場合の削除記入例

# 健康保険被扶養者異動届

令和 2年 4月 3日提出

常務理事	事務長	課長	係

被保険者証	記号	11		フリガナ	コウガク イチロウ			性別	生 年 月 日		
	番号	12345		被保険者氏名	光学 一郎			印	男	昭和 40年 10月 10日	
勤務先事業所	横浜支店		被保険者資格の取得年月日	平成 16年 10月 1日	フリガナ被保険者の現住所	〒 151-0072 東京都 渋谷区幡ヶ谷1234			Tel 03-1234-5678		
増減別	フリガナ被扶養者の氏名	性別	生 年 月 日	続柄	職 業	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	
減	コウガク タロウ 光学 太郎	男	平成 9年 10月 10日	長男	会社員	同世帯	〒 別世帯の場合は住所記入	※		国外居住で日本に生活基礎がないため 令和 2年 4月 1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	事業主の証明欄につき 記入不要
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			
			印

受付日付印