

※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

収入超過に伴う削除記入例

健康保険被扶養者異動届

令和 5年 7月 4日提出

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
							収入(年額)			個人番号	
減	コウガク ハナコ 光学 花子		女	昭和 42年 8月 8日	妻	パート 160万 円	同世帯	〒 別世帯の場合は住所記入	※	収入が130万円を超えるため 令和 5年 7月 1日	
				年 月 日		円		〒	※	月 年 日	
				年 月 日		円		〒	※	月 年 日	
				年 月 日		円		〒	※	月 年 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。
- 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。

所在地	事業主の証明欄につき 記入不要
事業主 名称	
事業主名	
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

※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

雇用保険受給に伴う削除記入例

健康保険被扶養者異動届

令和 5年 7月 4日提出

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 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											
減	コウガク ハナコ 光学 花子		女	昭和 42年 8月 8日	妻	無職 160万 円	同世帯	〒 別世帯の場合は住所記入	※		雇用保険受給のため 令和 5年 6月 30日	
				年 月 日		円		〒	※		月 年 日	
				年 月 日		円		〒	※		月 年 日	
				年 月 日		円		〒	※		月 年 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。
- 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。

所在地	事業主の証明欄につき 記入不要
事業主 名称	
事業主名	
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

※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

夫婦収入逆転による子の扶養削除記入例

健康保険被扶養者異動届

令和 5年 7月 4日提出

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 59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 28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 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	
減	コウガク タロウ 光学 太郎	男	令和 5年 7月 1日	長男	円	同世帯	〒 別世帯の場合は住所記入	※		配偶者の収入の方が多くなったため 令和 5年 7月 1日	
			年 月 日		円		〒	※		月 年 日	
			年 月 日		円		〒	※		月 年 日	
			年 月 日		円		〒	※		月 年 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。
- 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。

所在地	事業主の証明欄につき 記入不要
事業主 名称	
事業主名	
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

※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

死亡による削除記入例

令和 5年 7月 4日提出

健康保険被扶養者異動届

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
	収入(年額)	個人番号									
減	コウガク ハナコ 光学 花子	女	昭和 42年 8月 8日	妻	パート	同世帯	〒 別世帯の場合は住所記入	※		死亡の為 令和 5年 6月 30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。
- 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。

所在地	事業主の証明欄につき 記入不要
事業主 名称	
事業主名	
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。
<input type="checkbox"/>	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	
	印

受付日付印

※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

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 5年 7月 4日提出

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
	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	200万 円	〒 別世帯の場合は住所記入	個人番号	
減										※	国外居住で日本に生活基礎がないため 令和 5年 7月 1日
										※	月 年 日
										※	月 年 日
										※	月 年 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。
- 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。

所在地	事業主の証明欄につき 記入不要
事業主 名称	
事業主名	
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