【記入例】減-収入が扶養基準を超過した場合
令和　6　年　12　月　15　日提出

健康保険被扶養者異動届

※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	係

個人番号
係

※認定申請(増)の場合、個人番号の記載がない届出は受け付けられません。(個人番号を保有していない国外居住者を除く)

記号	11	フリガナ	ケンポ　タロウ	性別	生年月日
番号	23456	被保険者氏名	健保　太郎　印	男	平成 12 年 12 月 31 日

勤務地	被保険者の資格を取得した日	フリガナ	被保険者の現住所
石川	平成 30 年 12 月 1 日	ハチオウジシ　オオワダマチ	〒 192-1234 東京都 八王子市大和田町１２３－４５ マンション八王子１２３号室 TEL 042-654-7890

増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日 個人番号(12桁) ＊減（扶養を外す）は記入不要	性別	続柄	職業 収入(年額)	被保険者との同居の別 同居／別居	住所（被扶養者）＊別居のみ記入	資格確認書発行要否 ＊該当する方に○印 *要確認:〔注意2〕	異動の理由 異動（取得・喪失）年月日
減	ケンポ　ハナコ 健保　花子	元号 平成 年 13 月 3 日 31 個人番号(12桁)	女	妻	会社員 200万 円	同居		必要 不要	収入が130万円を超えるため 令和 6 年 12 月 1 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※

削除の場合は記入不要です。

削除の場合は記入不要です。

〔注意１〕
１．認定申請の場合、個人番号の記載が無い届出は、受け付けられません。（除：国外居住者）
２．戸籍上の続柄（例：「長男」「長女」等）を記載してください。
３．※印欄には記入しないでください。　４．増と減は用紙を別々に記入してください。

〔注意２〕以下に該当する場合に限り発行します
１．マイナンバーカードを未取得、紛失、更新中、返納、電子証明書の有効期限が切れている
２．マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある
３．マイナ保険証の健康保険証の利用登録を行っていない、もしくは利用登録を解除した

事業所 所在地 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。

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

オリンパス健康保険組合　R6.11

【記入例】減-雇用保険の受給を開始した場合
令和　6　年　12　月　15　日提出

健康保険被扶養者異動届

※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	係

個人番号
係

※認定申請(増)の場合、個人番号の記載がない届出は受け付けられません。(個人番号を保有していない国外居住者を除く)

記号	11	フリガナ	ケンポ　タロウ	性別	生　年　月　日
番号	23456	被保険者氏名	健保　太郎　印	男	平成　12　年　12　月　31　日

勤務地	石川	被保険者の資格を取得した日	平成　30　年　12　月　1　日	フリガナ	ハチオウジシ　オオワダマチ
				被保険者の現住所	〒 192-1234　東京都　八王子市大和田町１２３－４５ マンション八王子１２３号室　TEL 042-654-7890

増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日 個人番号（12桁） ＊減（扶養を外す）は記入不要	性別	続柄	職業 収入(年額)	被保険者との同居の別 同居／別居	住所（被扶養者） ＊別居のみ記入	資格確認書発行要否 ＊該当する方に○印 *要確認:[注意2]	異動の理由 異動（取得・喪失）年月日
減	ケンポ　ハナコ 健保　花子	元号 平成　年 １３　月 ３　日 31 個人番号(12桁)	女	妻	無職 160万 円	同居		必要 不要	雇用保険の受給を開始したため 令和　6　年　12　月　1　日 ※健保記入欄 ※
		元号　年　月　日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和　年　月　日 ※健保記入欄 ※
		元号　年　月　日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和　年　月　日 ※健保記入欄 ※
		元号　年　月　日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和　年　月　日 ※健保記入欄 ※

削除の場合は記入不要です。

削除の場合は記入不要です。

〔注意１〕
１．認定申請の場合、個人番号の記載が無い届出は、受け付けられません。（除：国外居住者）
２．戸籍上の続柄（例：「長男」「長女」等）を記載してください。
３．※印欄には記入しないでください。　４．増と減は用紙を別々に記入してください。

〔注意２〕以下に該当する場合に限り発行します
１．マイナンバーカードを未取得、紛失、更新中、返納、電子証明書の有効期限が切れている
２．マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある
３．マイナ保険証の健康保険証の利用登録を行っていない、もしくは利用登録を解除した

事業所　所在地 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。

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

オリンパス健康保険組合　R6.11

【記入例】減-配偶者の収入の方が多くなった場合
令和　6　年　12　月　15　日提出

健康保険被扶養者異動届

※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	係

個人番号
係

※認定申請(増)の場合、個人番号の記載がない届出は受け付けられません。(個人番号を保有していない国外居住者を除く)

記号	番号	フリガナ	被保険者氏名	性別	生年月日
11	23456	ケンポ　タロウ	健保　太郎　印	男	平成　12　年　12　月　31　日

勤務地	被保険者の資格を取得した日	フリガナ	被保険者の現住所
石川	平成　30　年　12　月　1　日	ハチオウジシ　オオワダマチ	〒 192-1234　東京都　八王子市大和田町１２３－４５　マンション八王子１２３号室　TEL 042-654-7890

増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日 個人番号(12桁) ＊減（扶養を外す）は記入不要	性別	続柄	職業 収入(年額)	被保険者との同居の別 同居／別居	住所（被扶養者）＊別居のみ記入	資格確認書発行要否 ＊該当する方に○印 *要確認:〔注意2〕	異動の理由 異動（取得・喪失）年月日
減	ケンポ　イチロウ 健保　一郎	元号 令和 1年 5月 23日 個人番号(12桁)	男	長男	円			必要 不要	配偶者の方が収入が高くなったため 令和 6年 12月 1日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※

削除の場合は記入不要です。

削除の場合は記入不要です。

〔注意１〕
１．認定申請の場合、個人番号の記載が無い届出は、受け付けられません。（除：国外居住者）
２．戸籍上の続柄（例：「長男」「長女」等）を記載してください。
３．※印欄には記入しないでください。　４．増と減は用紙を別々に記入してください。

〔注意２〕以下に該当する場合に限り発行します
１．マイナンバーカードを未取得、紛失、更新中、返納、電子証明書の有効期限が切れている
２．マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある
３．マイナ保険証の健康保険証の利用登録を行っていない、もしくは利用登録を解除した

事業所 所在地 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。

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

オリンパス健康保険組合　R6.11

【記入例】減-死亡の場合
令和　6　年　12　月　15　日提出

健康保険被扶養者異動届

※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	係

個人番号
係

※認定申請(増)の場合、個人番号の記載がない届出は受け付けられません。(個人番号を保有していない国外居住者を除く)

記号	11	フリガナ	ケンポ　タロウ	性別	生　年　月　日
番号	23456	被保険者氏名	健保　太郎　印	男	昭和　55　年　12　月　31　日

勤務地	石川	被保険者の資格を取得した日	平成　30　年　12　月　1　日	フリガナ	ハチオウジシ　オオワダマチ
				被保険者の現住所	〒 192-1234　東京都　八王子市大和田町１２３－４５ マンション八王子１２３号室　TEL 042-654-7890

増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日 個人番号（12桁） ＊減（扶養を外す）は記入不要	性別	続柄	職業 収入(年額)	被保険者との同居の別 同居／別居	住所（被扶養者） ＊別居のみ記入	資格確認書発行要否 ＊該当する方に○印 *要確認:〔注意2〕	異動の理由 異動（取得・喪失）年月日
減	ケンポ　ウメコ 健保　梅子	元号 昭和 年 27 月 10 日 23 個人番号(12桁)	女	母	円			必要 不要	死亡のため 令和 6 年 12 月 10 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和 年 月 日 ※健保記入欄 ※

削除の場合は記入不要です。

削除の場合は記入不要です。

〔注意１〕
１．認定申請の場合、個人番号の記載が無い届出は、受け付けられません。（除：国外居住者）
２．戸籍上の続柄（例：「長男」「長女」等）を記載してください。
３．※印欄には記入しないでください。　４．増と減は用紙を別々に記入してください。

〔注意２〕以下に該当する場合に限り発行します
１．マイナンバーカードを未取得、紛失、更新中、返納、電子証明書の有効期限が切れている
２．マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある
３．マイナ保険証の健康保険証の利用登録を行っていない、もしくは利用登録を解除した

事業所 所在地 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。

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

オリンパス健康保険組合　R6.11

【記入例】減-日本に生活基礎がなくなった場合
令和　6　年　12　月　15　日提出

健康保険被扶養者異動届

※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	係

個人番号
係

※認定申請(増)の場合、個人番号の記載がない届出は受け付けられません。(個人番号を保有していない国外居住者を除く)

記号	11	フリガナ	ケンポ　タロウ	性別	生　年　月　日
番号	23456	被保険者氏名	健保　太郎　印	男	昭和　50　年　12　月　31　日

勤務地	石川	被保険者の資格を取得した日	平成　8　年　12　月　1　日	フリガナ	ハチオウジシ　オオワダマチ
				被保険者の現住所	〒 192-1234　東京都　八王子市大和田町１２３－４５ マンション八王子１２３号室　TEL 042-654-7890

増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日 個人番号(12桁) ＊減（扶養を外す）は記入不要	性別	続柄	職業 収入(年額)	被保険者との同居の別 同居／別居	住所（被扶養者） ＊別居のみ記入	資格確認書発行要否 ＊該当する方に○印 *要確認:〔注意2〕	異動の理由 異動（取得・喪失）年月日
減	ケンポ　イチロウ 健保　一郎	元号 平成 年 15 月 10 日 10 個人番号(12桁)	男	長男	円			必要 不要	国外に転居し日本に生活基盤がなくなったため 令和　6　年　12　月　1　日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和　年　月　日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和　年　月　日 ※健保記入欄 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 不要	令和　年　月　日 ※健保記入欄 ※

削除の場合は記入不要です。

削除の場合は記入不要です。

〔注意１〕
１．認定申請の場合、個人番号の記載が無い届出は、受け付けられません。（除：国外居住者）
２．戸籍上の続柄（例：「長男」「長女」等）を記載してください。
３．※印欄には記入しないでください。　４．増と減は用紙を別々に記入してください。

〔注意２〕以下に該当する場合に限り発行します
１．マイナンバーカードを未取得、紛失、更新中、返納、電子証明書の有効期限が切れている
２．マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある
３．マイナ保険証の健康保険証の利用登録を行っていない、もしくは利用登録を解除した

事業所　所在地 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。

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