

※健保記入欄 <input type="checkbox"/> 被扶養配偶者有 <input type="checkbox"/> 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

出生時の認定記入例

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			男	昭和 58年 5月 25日		
勤務先事業所	OCA		被保険者資格の取得年月日	平成 20年 4月 1日	フリガナ 被保険者の 現住所	〒 1234 〇〇 Parkway, Center Valley, PA 56789, U.S.A. Tel 12-3456-7890					
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	
増	コウガク ヨウコ 光学 葉子	女	令和 5年 6月 28日	長女	無職 0円	同世帯	〒 別世帯の場合は 住所記入	※		出生のため 令和 5年 6月 28日	
							〒	※			
							〒	※			
							〒	※			

戸籍上の続柄を記載してください。
(例:「長男」「長女」等)

- 〔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
 - ※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）

夫婦ともオリンパスグループに勤務し、
子どもを扶養申請する場合は、必ず
配偶者の保険証の記号番号と氏名を
記入してください。

事業主	所在地 名称 事業主名	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く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	光学 花子
20	8585		
社会保険労務士の提出代行者印			
			㊟

受付日付印