

※健保記入欄

☐被扶養配偶者有

☐資格喪失証明書発行

常務理事	事務長	課長	係

就職による削除記入例

令和 3年 6月 3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 被保険者氏名	コウガク イチロウ		性別	生 年 月 日			
	番 号	12345			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						収入(年額)			個人番号	
減			男	平成 9 10 10		長男	会社員	同世帯	〒 別世帯の場合は 住所記入	※	就職のため 令和 3 年 6 月 1 日
							200万 円				
									〒	※	年 日 月
							円				
									〒	※	年 日 月
							円				
									〒	※	年 日 月
							円				

- [注意]
1. 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。
2. ※印欄には記入しないでください。
3. 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。
☐	

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