

副

平成 年 月 日提出

# 健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	課長	係

被保険者証	記号	フリガナ	性別	生 年 月 日		
	番号	被保険者氏名		年 月 日		

勤務先 事業所	被保険者資格 の取得年月日	年 月 日	フリガナ 被保険者 の 現住所	〒	Tel
------------	------------------	-------	--------------------------	---	-----

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)				
			年 月 日					※	年 月 日
			年 月 日					※	年 月 日
			年 月 日					※	年 月 日
			年 月 日					※	年 月 日
			年 月 日					※	年 月 日

〔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下さい。
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	

配偶者に関する情報			
※夫婦ともオリンパス健保の被保険者で 子どもを扶養申請する場合のみ使用欄			
記号	番号	氏名	

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊟

決 裁 日 付 印

オリンパス健康保険組合