

その他削除記入例

常務理事	事務長	課長	係

正

健康保険被扶養者異動届

平成 年 月 日提出

① 被保険者証	記号	10	② フリガナ 被保険者氏名	コウガク イチロウ		③ 性別	④ 生年月日			
	番号	1234		光学 一郎 印			男	昭和 40年 10月 10日		
⑤ 勤務先事業所	横浜支店		⑥ 被保険者資格の取得年月日	平成10年 10月 1日		⑦フリガナ 住所の 理 住	トウキョウトシブヤクハタガヤ1234 〒151 -0072 東京都 渋谷区幡ヶ谷1234 Tel 03-1234-5678			
増減別	⑦ フリガナ 被扶養者の氏名	⑧性別	⑨ 生年月日	⑩続柄	⑪ 職業	⑬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)		⑭異動の理由 年月日
					⑫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		※		収入が130万円を超えるため 29年 2月 1日
								※		年 月 日
								※		年 月 日
								※		年 月 日
								※		年 月 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下さい。
- 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。

所在地 事業所 名称	事業主の証明欄につき 記入不要
------------------	--------------------

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			印

受付日付印