

# 健康保険被扶養者異動届

【記入例】増-無職になった場合  
令和 6 年 12 月 15 日提出

※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)

※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 係				
個人番号 係				

記号	11	フリガナ	ケンボ 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 1 2 3 - 4 5 マンション八王子 1 2 3 号室 Tel 042-654-7890

増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日				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		異動の理由	
		元号	年	月	日						必要	不要		異動(取得・喪失)年月日
増	ケンボ ハナコ	元号	平成	13	3	31	女	妻	無職	同居	別居の場合は住所記入	○	必要	無職となったため
	健保 花子	個人番号(12桁) *減(扶養を外す)は記入不要	1	2	3	4							5	6
		元号											必要	令和 年 月 日
		元号											必要	令和 年 月 日
		元号											必要	令和 年 月 日
		元号											必要	令和 年 月 日
		元号											必要	令和 年 月 日

必ず被扶養者の個人番号を記入してください。  
記載が無い場合は、受付られません。

- 【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	事業主の証明欄につき記入不要
名称		
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。	
<input type="checkbox"/>	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

# 健康保険被扶養者異動届

【記入例】増-出生の場合  
令和 6 年 12 月 20 日提出

※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)

※健保記入欄				
□被扶養配偶者有		□資格喪失証明書発行		
<small>決裁(決定/発行/交付)</small> 常務理事 事務長 課長 係 係				
個人番号 係				

記号	11	フリガナ	ケンボ 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 1 2 3 - 4 5 マンション八王子 1 2 3 号室 Tel 042-654-7890			

増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日	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
増	ケンボ モモコ 健保 桃子	元号 令和 6 年 12 月 15 日 個人番号(12桁) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	女	長女	無職 0 円	同居	別居の場合は住所記入	○ 必要 ○ 不要	出生のため 令和 6 年 12 月 15 日
								※ 必要 ※ 不要	令和 年 月 日
								※ 必要 ※ 不要	令和 年 月 日
								※ 必要 ※ 不要	令和 年 月 日
								※ 必要 ※ 不要	令和 年 月 日

必ず被扶養者の個人番号を記入してください。  
記載が無い場合は、受付られません。

戸籍上の続柄を記載してください。  
(例:「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。

場合に限り発行します

- 【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。
2. 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  
3. 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と同行して資格確認を補助する必要がある  
3. マイナンバーカード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	事業主の証明欄につき記入不要
名称		
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。	
<input type="checkbox"/>	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	健保 花子
20	4567		

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

受付日付印

【記入例】増-出生の場合(国外居住者)  
令和 6 年 12 月 20 日提出

# 健康保険被扶養者異動届

※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)

※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	係
				個人番号 係

記号	11	フリガナ	ケンボ タロウ	性別	男	生	年	月	日			
番号	23456	被保険者氏名	健保 太郎	印		平成	12	年	12	月	31	日
勤務地	OCA	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	〒	東京都	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	生年月日			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		異動の理由 異動(取得・喪失)年月日	
		元号	年	月						日	必要		不要
増	ケンボ モモコ	元号	令和	6	12	15	女	長女	無職	同居	〇	必要	出生のため 令和 6 年 12 月 15 日
	健保 桃子	個人番号(12桁) *減(扶養を外す)は記入不要											
		個人番号(12桁)											
		個人番号(12桁)											
国外居住者の場合は、記入不要です。別途、国外居住例外該当届を提出してください。													
戸籍上の続柄を記載してください。(例:「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。													

- 【注意 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)
  - 戸籍上の続柄(例: 「長男」「長女」等)を記載してください。
  - ※印欄には記入しないでください。
  - 増と減は用紙を別々に記入してください。
- 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  
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  
マイナンバーカード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  
場合に限り発行します

所在地	事業主の証明欄につき記入不要
事業所名称	
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。 <input type="checkbox"/> 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	健保 花子
20	4567		
社会保険労務士の提出代行者印			
			印

受付日付印

# 健康保険被扶養者異動届

【記入例】減-就職した場合  
令和 6 年 12 月 15 日提出

※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)

<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険被扶養者有 <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	係
				個人番号 係

記号	11		フリガナ	ケンボ 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 1 2 3 - 4 5 マンション八王子 1 2 3 号室 Tel 042-654-7890				
増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日			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	ケンボ イチロウ 健保 一郎	元号 平成	年 15	月 10	日 10	男	長男	会社員 400万 円	同居	必要 不要	就職のため 令和 6 年 12 月 1 日 ※ 健保記入欄 ※
										必要 不要	令和 年 月 日 ※ 健保記入欄 ※
										必要 不要	令和 年 月 日 ※ 健保記入欄 ※
										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

所在地	事業主の証明欄につき記入不要	
事業所名称		
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。	
<input type="checkbox"/>	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

# 健康保険被扶養者異動届

【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

※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)

※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
<small>決裁(決定/発行/交付)</small> 常務理事 事務長 課長 係 係					
個人番号 係					

記号	11		フリガナ	ケンボ 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 1 2 3 - 4 5 マンション八王子 1 2 3 号室 Tel 042-654-7890						
増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日			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
減	ケンボ ハナコ	元号	平成	13	3	31	女	妻	会社員	同居	収入が130万円を超えるため 令和 6 年 12 月 1 日
	健保 花子	個人番号(12桁) *減(扶養を外す)は記入不要							200万 円	必要	※健保記入欄 ※
		個人番号(12桁)							円	必要	※健保記入欄 ※
		個人番号(12桁)							円	必要	※健保記入欄 ※
		元号							必要	※健保記入欄 ※	
		個人番号(12桁)							必要	※健保記入欄 ※	
		元号							必要	※健保記入欄 ※	
		個人番号(12桁)							必要	※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	事業主の証明欄につき記入不要
	名称	
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。	
<input type="checkbox"/>	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

<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険被扶養者有 <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	係
				個人番号 係

## 健康保険被扶養者異動届

**【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

※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	ケンボ 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			
										〒 192-1234	東京都	八王子市大和田町 1 2 3 - 4 5		
										マンション八王子 1 2 3 号室		Tel 042-654-7890		

  

増減別	フリガナ		生年月日				性別	続柄	職業	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		異動の理由					
	被扶養者の氏名		個人番号 (12桁) *減 (扶養を外す) は記入不要									必要	不要	異動 (取得・喪失) 年月日					
減	ケンボ	ハナコ	元号	平成	13	3	31	女	妻	無職	同居	必要		雇用保険の受給を開始したため 令和 6 年 12 月 1 日					
	健保	花子							160万	円	必要	※	健康保険被扶養者	※					
												必要							
												必要							
												必要							
												必要							

削除の場合は記入不要です。

削除の場合は記入不要です。

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>【注意 1】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>戸籍上の続柄 (例：「長男」「長女」等) を記載してください。</li> <li>※印欄には記入しないでください。</li> <li>増と減は用紙を別々に記入してください。</li> </ol> | <p><b>【注意 2】 以下に該当する場合に限り発行します</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> |
|--|---|

事業所	所在地	事業主の証明欄につき記入不要
名称		
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。	
<input type="checkbox"/>	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		
		⑨

受付日付印

【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

※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)

<input checked="" type="checkbox"/> 健康記入欄 <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	係
				個人番号 係

記号 番号	11 23456		フリガナ 被保険者 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎		性別	生 年 月 日 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 被保険者の 現住所	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 1 2 3 - 4 5 マンション八王子 1 2 3 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/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
減	ケンボ イチロウ 健保 一郎	元号 令和	年 月 日 1 5 23	男	長男				必要	配偶者の方が収入が高くなったため 令和 6 年 12 月 1 日
			個人番号(12桁)			円			不要	※ 健康記入欄 ※
			年 月 日			円			必要	令和 年 月 日
			個人番号(12桁)			円			不要	※ 健康記入欄 ※
			年 月 日			円			必要	令和 年 月 日
			個人番号(12桁)			円			不要	※ 健康記入欄 ※
			年 月 日			円			必要	令和 年 月 日
			個人番号(12桁)			円			不要	※ 健康記入欄 ※

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。
<input type="checkbox"/>	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

# 健康保険被扶養者異動届

【記入例】 減-死亡の場合  
令和 6 年 12 月 15 日提出

※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)

<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険被扶養者有 <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	係
個人番号 係				

記号	11		フリガナ	ケンボ 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 1 2 3 - 4 5 マンション八王子 1 2 3 号室 Tel 042-654-7890				
増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業 収入(年額)	被保険者との同居の別居	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	ケンボ ウメコ 健保 梅子	元号 昭和 27 年 10 月 23 日 個人番号(12桁) *減(扶養を外す)は記入不要	女	母	円			必要 令和 6 年 12 月 10 日	死亡のため
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 令和 年 月 日	※ 健康保険被扶養者異動届 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 令和 年 月 日	※ 健康保険被扶養者異動届 ※
		元号 年 月 日 個人番号(12桁)			円			必要 令和 年 月 日	※ 健康保険被扶養者異動届 ※

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	事業主の証明欄につき記入不要
名称		
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。	
<input type="checkbox"/>	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



【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

※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)

※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	係
				個人番号 係

記号	11	フリガナ	ケンボ 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 1 2 3 - 4 5 マンション八王子 1 2 3 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	ケンボ イチロウ 健保 一郎	元号 平成 15 年 10 月 10 日 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礎がなくなったため 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	事業主の証明欄につき記入不要
名称		
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。	
<input type="checkbox"/>	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