

# 健康保険被扶養者（異動）届

新規  
追加  
削除

常務理事	事務長	扱 者	所属事務所 担当者印

(1)被保険者証の記号と番号	第 号	(2)性別	男・女	(3)被保険者の氏名印		(4)被保険者の生年月日	昭和 平成 年 月 日	(5)被保険者の資格を取得した日	令和 平成 昭和 年 月 日	(6)この届を出す際の保険者の報酬月額	千円	(7)被保険者の過去1年間の報酬以外の収入		(8)この届を出す際の被保険者の現住所	(9)この届が受理された後の被扶養者数	名	(10)この届が受理される前の被扶養者数	名
(11)増加又は減少の別	(12)被扶養者の氏名 フリガナ	(13)性別	(14)扶養者の生年月日	(15)被保険者と被扶養者の身分関係	(16)被扶養者の職業	(17)被扶養者の過去1年間の収入額	(18)被保険者と被扶養者の同居・別居の別	(19)扶養しはじめた日又は扶養しなくなった日	(20)扶養しはじめた理由又はしなくなった理由	(21)備考								
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居	年 月 日										
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居	年 月 日										
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居	年 月 日										
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居	年 月 日										
増・減		男・女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居	年 月 日										

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	( 局 ) 番

令和 年 月 日

受付日付印

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長

1. この届書は、被扶養者に異動（増減）を生じたときに、その日から5日以内に、事業主を経由してポーラ・オルビスグループ健康保険組合へ提出するものです。
2. この届書を削除の申請で提出する時は、健康保険被保険者証を添付して下さい。
3. この届書は、増加と削除（減少）をそれぞれ各別紙とすること。
4. (15)には、「妻」「内縁の妻」「長男」「養子」「孫」「実父」「養母」「妻の実母」「姉」「弟」、などと詳しく書いて下さい。
5. (16)には、職業の文字にこだわらず「小学6年」「中学2年」「高校3年」「大学4年」「〇〇内職」「新聞配達」「家事従事」「家事手伝い」「利子収入」「賃貸収入」「配当収入」「恩給収入」「農業・畜産業・水産業収入」などと、その実態が一目でわかるように書いてください。
6. (20)には、「出生」「結婚」「失業」「家事手伝い」「死亡」「離婚」「養子縁組」「扶養していた兄の死により引取扶養」「別世帯となった」、等と事実を具体的に書いて下さい。本人の入社に伴うものは「入社のため」、人事異動の場合「人事異動のため」、
7. 事業所の新設や統廃合の場合は「本人の事業所新設・統合による転入のため」等と記入して下さい。
- 被扶養者が被保険者の直系尊属、配偶者および子以外の者であるときは、その者が同一の世帯に属した年月日を(21)欄備考に記入して下さい。