常務理事	事務長	扱　者

健康保険被扶養者（異動）届　追加 削除

(1) 被保険者の記号・番号		(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　日生
(5) 被保険者の資格取得日	令和 平成 昭和　年　月　日	(6)被保険者の標準報酬月額	千 円	(7) 被保険者の過去１年間の報酬以外の収入金額	円		
(8) 被保険者の現住所		(9)現住所と住民票住所が異なる場合					

(10)増加又は減少の別	(11)資格確認書発行要否	(12) 被扶養者の氏名 / フリガナ	(13)性別	(14)被扶養者の生年月日	(15) 被保険者との続柄	(16)被扶養者の職業	(17) 被扶養者の過去１年間の収入額	(18) 被保険者との同居・別居の別	(19) 扶養開始日若しくは扶養削除日	(20) 扶養開始理由若しくは扶養削除理由	(21)被扶養者の個人番号
増・減	□ 発行要		男・女	昭・平・令　年　月　日				同居 / 別居	年　月　日		
増・減	□ 発行要		男・女	昭・平・令　年　月　日				同居 / 別居	年　月　日		
増・減	□ 発行要		男・女	昭・平・令　年　月　日				同居 / 別居	年　月　日		
増・減	□ 発行要		男・女	昭・平・令　年　月　日				同居 / 別居	年　月　日		
増・減	□ 発行要		男・女	昭・平・令　年　月　日				同居 / 別居	年　月　日		

事業所所在地	〒　－
事業所名称	印
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

（注意事項）

- この届書は、健康保険法施行規則第 38 条により、被扶養者に異動（増減）を生じたときに、その事実発生日から 5 日以内に、事業主若しくは社会保険労務士を経由してポーラ・オルビスグループ健康保険組合へ提出するものです。
- 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（令和 7 年 12 月 1 日以前の場合）を添付して下さい。
- 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。
- (11)は、マイナナンバーカードの手続き中など、マイナ保険証が利用できない状態にある場合にのみチェックを入れて下さい。チェックがあっても利用できる状態の場合にある場合には発行いたしません。
- (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。
- (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」「専業主婦」「家事手伝」「利子収入」「賃貸収入」「配当収入」「農業・畜産業・水産業収入」などその実態が一目でわかるように書いて下さい。
- (20)には、「出生」「結婚」「失業」「家事手伝」「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」、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。
- (21)は増加の場合のみ記載し、削除の場合は記載不要です。