

海外居住被扶養者例外該当届

**新規適用
適用解除**

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	000 第 0000 号		(2)性別	男・女	(3)被保険者の氏名印	健康 太郎		(印)	(4)被保険者の生年月日	昭和 平成 令和	XX年 XX月 XX日生
(5)被保険者の資格を取得した日	令和 平成 昭和	XX年 XX月 XX日	(6)この届を出す際の保険者の報酬月額	〇〇〇	千円	(7)被保険者の過去1年間の報酬以外の収入	〇〇〇〇〇				
(8)この届を出す際の被保険者の現住所	〒123-4567 〇〇県△△市□□町123						(9)この届が受理された後の被扶養者数	〇名	(10)この届が受理される前の被扶養者数	X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)海外居住被扶養者の例外に該当することとなった日	(20)国内居住要件例外事由 (*いずれか○で囲む)	(21)備考 (滞在国等)	
増 変更なし 減	健康 花子 ケンコウ ハナコ	男・女	昭和 平成 令和 XX年 XX月 XX日	次女	なし	〇〇	同居 別居	令和 平成 令和 X年 X月 X日	①海外留学 ②海外赴任同行 ③就労目的外の一時渡航 ④外国赴任中出生・婚姻等	滞在国内： オーストラリア	
増 変更なし 減		男・女	昭和 平成 令和				同居 別居	年 月 日			
増 変更なし 減		男・女	昭和 平成 令和				同居 別居	年 月 日			
増 変更なし 減		男・女	昭和 平成 令和				同居 別居	年 月 日			
増 変更なし 減		男・女	昭和 平成 令和				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	

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

(印)

- (注) 1. この届書は被扶養者が国内居住要件の例外に該当することとなったとき、または、該当しなくなったときに、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. 増加と削除(減少)、変更なしの届けを同時に提出する場合はそれぞれ別の届出用紙で提出して下さい。
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、海外留学・海外赴任同行・海外ボランティア等就労目的外一時渡航・外国赴任中・出生・婚姻・養子縁組等、国内居住要件の例外に該当する事実を具体的に書いて下さい。
7. 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。