

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 明治大昭和平成 年 月 日生							
(5)被保険者の資格を取得した日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(6)この届を出す際の被保険者の報酬月額 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	明・大・昭・平 年 月 日				同居 別居	年 月 日		
増・減		男・女	明・大・昭・平 年 月 日				同居 別居	年 月 日		
増・減		男・女	明・大・昭・平 年 月 日				同居 別居	年 月 日		
増・減		男・女	明・大・昭・平 年 月 日				同居 別居	年 月 日		
増・減		男・女	明・大・昭・平 年 月 日				同居 別居	年 月 日		

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	_____ (局) _____ 番
事業主氏名	_____
電話	_____

平成 _____ 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) 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. この届けは、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」「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」「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。
 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。