

健康保険被扶養者（異動）届 追加 削除

常務理事	事務長	扱者

(1) 被保険者の 記号・番号		(2) 性別	男 ・ 女	(3)被保険者の の氏名		(4)被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	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	<input type="checkbox"/> 発行要			男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日			同居 <hr/> 別居	年	月	日	
増 ・ 減	<input type="checkbox"/> 発行要			男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日			同居 <hr/> 別居	年	月	日	
増 ・ 減	<input type="checkbox"/> 発行要			男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日			同居 <hr/> 別居	年	月	日	
増 ・ 減	<input type="checkbox"/> 発行要			男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日			同居 <hr/> 別居	年	月	日	
増 ・ 減	<input type="checkbox"/> 発行要			男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日			同居 <hr/> 別居	年	月	日	

事業所所在地	〒	-										
事業所名称												
事業主氏名												
電 話	(局)	番									

※(17)被扶養者の過去1年間の収入額記載欄は、
給与収入のみで、その他の収入はありません。

受付日付印

令和 年 月 日

ボーラ・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ボーラ・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とし、(21)は増加の場合のみ記載し、削除の場合は記載不要です。
- ・(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」「家事手伝い」「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。
- ・(17)には、給与収入のみもしくは給与収入に加えその他収入がある場合を確認するため、枠外に※を設けています。給与収入のみの場合には必ず□にチェックを入れて下さい。
- ・(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」、事業所の新設や統廃合の場合は「本人の事業所新設・統廃合による転入のため」等と記入して下さい。