## 健 康 保 険 被 扶 養 者(異動)届 Notification of Health Insurance Dependent (Change)

※下の各項目について、ご記入ください。また、選択項目については〇で囲んでください。\* Please fill in each of the items below. For multiple-choice items, please circle your selection.

※異動理由が「削除」の場合は	は、削除する方の健康保険証等を添付してください。	* If the reason for change is "Remove", ple	ease attach the health insurance card, etc. of the	person being removed
----------------	--------------------------	---	--	----------------------

常務理事	事務長	担当	係

被保険者等 記号·番号 Symbol and Number of Insured person, etc. (Furigana)					.na)	被保険者氏名 Name of Insured Person								年 Birth I		日	性別 Gender	資格取 nsurance Status		※標準報酬月額	
B 号 S		番号 Number		(フリガナ			INA	ine or i	iisuieu re	15011				Dilui	Date		男 Male	risurance otatus /	roquisition Date	4	
				(氏)					(名)					年	月	日		年	月 日		
												YYYY/MM/DD 女 Female				女 Female		Y/MM/DD		千円	
		被	保 険			所		絡	先					険者の菫				現在の被抗			被扶養者数
=				Address /	Contact of I	Insure	d Person						Business En	tity Name V	Where the I	Insured P	erson Works	Number of Curre	nt Dependents	Number of Depend	ents After Acceptance
																			人 people	b	人 people
												ſ	1				月平均の	扶養する・		扶養開如	台した日
増・削 の区分			者の氏名			生別	生	年 月	日Birth	n Date	年齢	続柄		扶養者0			収入額	扶養しなく	なった理由		余となった日
lassification	(Furigana)	Name of	Dependent	i	G	Sender	個 人	番号	를 Individua	al Number	Age	Relationship	Deper	ndent's O	ccupatio	n	Average Monthly Income	Reason for Bec No Longer Bein		Loss of D	equisition or
増加	(フリガナ)					男				YYYY/MM/DD			·無 職 U	nemploved	i			・被保険者の取得 Acquisition of insu			0001100111
Add	(氏)		(名)			Male		4	年	月 日			・パート又1	<b>まアルバイ</b>	イト			·婚姻 Marriage ·			
• 削除						女		11:			歳		Part-time o			)	円	<ul><li>就職 Employme</li><li>・離職 Unemployr</li></ul>		年	月 日 YYYY/MM/DE
Remove						emale					Age		·その他 O	ther (		)	Yen				)
Δ =r	同居・別別	居別居の場合「	=															資格研			行が必要
住 所 ddress	Living Togethe	er/																	ation Certificate	Issua	ance Required
laal ooo	Living Separat	tely Separately																備 考 Remarks			
増・削							生	年 E	日Birth	n Date		<b>/</b> ±±⊤					月平均の	扶養する・		扶養開如	
の区分			者の氏名 Dependent	+		生別 Gender					年齢 Age	続柄 (長男、長女等)		扶養者の ndent's O		n	収入額 Average	扶養しなく Reason for Bec	なった理由		余となった日 cquisition or
lassification	(Furigana)	rane of	Боронаон	•			個人	番号	号 Individua	al Number	rigo	Relationship	Береі	ident's C	rooupulio		Monthly Income	No Longer Bein		Loss of D	
増加	(フリガナ)					男				YYYY/MM/DD			·無 職 U					<ul> <li>被保険者の取得 Acquisition of insur</li> </ul>	red person status		
Add •	(氏)		(名)		1	Male .		4	年	月 日			・パート又 f Part-time o					·婚姻 Marriage · ·就職 Employme		年	月 日
削除						女					歳		・学生 Stud	dent / 学年		,)	円				YYYY/MM/DE
Remove					F	emale					Age		・その他 O	ther (		)	Yen	¢ 17 18 11111 (			)
住 所	同居・別月	同居・別居 別居の場合 〒																資格研 Eligibility Verific	在認書 ation Certificate		行が必要 ance Required
ddress	This Together /												備考	Allori Ocitinodic	13346	ance required					
	Living Ocparat	Separately																Remarks			
増・削		4	# 0.1	生年月日Birth			n Date	年齢	続柄	拉	<b>辻恙老</b> σ	養者の職業		月平均の	扶養する・	なった理由	大 後 開 好 大 食 用 好	台した日 余となった日			
の区分 lassification	被扶養者の氏名 Name of Dependent					性別 Gender	個人	来 5	⊒ Individu	al Number	Age	(長男、長女等) Relationship	Dependent's Occupation		n	収入額 Average	大食しない Reason for Bec		Date of A	equisition or	
							旧 八	ш -	5 IIIulviuu			·				-	Monthly Income	No Longer Bein ・被保険者の取得		Loss of D	ependent
増加 Add	(フリガナ) (氏)		(名)			男 Male				YYYY/MM/DD			・無 職 U					Acquisition of insur	red person status		
	(24)		( )			• _		1	年	月 日			Part-time of	or temporar	ry work			<ul><li>婚姻 Marriage</li><li>就職 Employme</li></ul>		年	月 日
削除						女 emale					歳		・学生 Stud ・その他 O		₹ Grade (	)		・離職 Unemployr			YYYY/MM/DE
Remove						omaio	<u> </u>				Age		(4)100				Yen	Ç 17 (B - 11111 )		T - 2	ー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
住 所	同居・別居 別居の場合 〒														更恰如 Eligibility Verific	雀認書 ation Certificate		コル必安 ance Required			
ddress	Living Togethe Living Separat																	備考		-	
		Separately																Remarks		/ =:::-	· / / /
		- の民中!	ハブナ ほ	又は②の要	あ <i>此 む </i> 注 +₋1	l +_+	のでもで			谷故 冲电	2 幸小学	たれ 必重	要な場合(	×\+	海拔车	137 幸 +	<b>=</b> 0			<b>.</b> 受付日	117印 🔨
事業主	記入欄一			) X は 2 の 3 ) が作成した。		しだむ	<i>い (</i> ある。			貝間唯語	必要↓の	コルツを	そな場合(	べいは、	具怕唯	的實作	IN V.				
(チェッ			こついては誤	りがないかま	自詰者太人が	《確認』	ている.								s require	ed (*),	please che	ck the box ma	rked		

## 事業主記入欄 (チェック欄) ロ (①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話

"Issuance Required" in the Eligibility Verification Certificate field.

※以下に該当する場合に限ります。

\*Limited to the following cases:

・マイナンバーカードを取得していない者、返納者、電子証明書の有効期限切れの者

Individuals who have not obtained their Individual Number Card, have returned it, or whose electronic certificate has expired

マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、

利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

Individuals who possess their Individual Number Card but have not registered it for health insurance use, have applied to cancel registration, or whose registration has been canceled

FR健康保険組合FR Health Insurance Organization

## 記載上の注意事項 Important Instructions for Completion

① この届書は、被保険者が新たに被扶養者を増加(出生・婚姻)するとき、又は被保険者が、入社等により以前から被扶養者となっている方を継続して扶養するとき、

あるいは、被扶養者となっている方に異動(削除)理由が生じたときは、5日以内に必要事項を記入し事業主を経由して提出ください。

This notification must be submitted through your employer within 5 days when a insured person adds new dependents (birth, marriage), continues coverage for existing dependents upon new employment, or when circumstances arise requiring that a dependent be removed.

② 続柄欄は、被保険者を基準に具体的にご記入ください。

In the relationship field, please specify the exact relationship to the insured person.

※記入例「妻」、「長男」、「長女」、と戸籍謄本上の内容でご記入ください。

\*Example: Fill in "Wife," "Eldest son," "Eldest daughter," and so on as stated in the family register.

③ 職業欄は、該当する項目を〇で囲んで( )内に具体的な内容をご記入ください。また、学生で高校生以上の場合は学生証の写し又は、在学証明書を添付ください。

For the occupation field, circle the applicable item and provide specific details in the parentheses. For students in high school or above, please attach a copy of the student ID or certificate of enrollment.

※記入例「·学生(高校二年)」、「·学生(大学一年)」

\*Example: • Student (second year high school), • Student (first year university)

④ 月平均の収入欄は、収入額を記入し、被扶養者認定添付書類一覧表を参照し収入額がわかるものを添付してください。

In the average monthly income field, fill in the income amount and attach documents verifying the income as indicated in the List of documents that need to be attached for dependent certification.

⑤ 扶養の理由欄は、該当事項を〇で囲み、その他の場合は、( )内に具体的な内容をご記入ください。

For the reason for dependency field, circle the applicable item. In the case of "Other," provide specific details in the parentheses.

⑥ 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、資格確認書欄の「発行が必要」の□に✔を付してください。

If issue of an Eligibility Verification Certificate is required (\*), please check the box marked "Issuance Required" in the Eligibility Verification Certificate field.

※以下に該当する場合に限ります。

\*Limited to the following cases:

・マイナンバーカードを取得していない者、返納者、電子証明書の有効期限切れの者

·Individuals who have not obtained their Individual Number Card, have returned it, or whose electronic certificate has expired

・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

·Individuals who possess their Individual Number Card but have not registered it for health insurance use, have applied to cancel registration, or whose registration has been canceled

⑦ 扶養削除時は、個人番号の記入は不要です。

When removing a dependent, filling in the Individual Number is not required.

## 提出先 Submission recipient

(株)ファーストリテイリング 給与・社会保険チーム 〒754-0894 山口県山口市佐山10717-1

(TEL:083-988-0306)

Payroll and Benefits Team, FAST RETAILING CO., LTD. 10717-1 Sayama, Yamaguchi, Yamaguchi Prefecture 754-0894 (Tel.: 083-988-0306)