

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○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、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", please 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.		被保険者氏名 (Furigana) Name of Insured Person		生 年 月 日 Birth Date	性別 Gender	資 格 取 得 日 Insurance Status Acquisition Date	※ 標 準 報 酬 月 額
記 号 Symbol	番 号 Number	(フリガナ) (氏)	(名)	年 月 日 YYYY/MM/DD	男 Male ・ 女 Female	年 月 日 YYYY/MM/DD	千円
被 保 険 者 の 住 所 / 連 絡 先 Address / Contact of Insured Person				被保険者の勤務する事業所名称 Business Entity Name Where the Insured Person Works		現在の被扶養者数 Number of Current Dependents	受理後の被扶養者数 Number of Dependents After Acceptance
〒						人 people	人 people

増・削 の区分 Classification	被扶養者の氏名 Name of Dependent		性別 Gender	生 年 月 日 Birth Date	年齢 Age	続柄 (長男、長女等) Relationship	被扶養者の職業 Dependent's Occupation	月平均の 収 入 額 Average Monthly Income	扶養する・ 扶養しなくなった理由 Reason for Becoming / No Longer Being a Dependent	扶養開始した日 又は削除となった日 Date of Acquisition or Loss of Dependent
	(Furigana)			個 人 番 号 Individual Number						
増加 Add ・ 削除 Remove	(フリガナ) (氏)	(名)	男 Male ・ 女 Female	YYYY/MM/DD 年 月 日	歳 Age		・無 職 Unemployed ・パート又はアルバイト Part-time or temporary work ・就職 Employment ・学生 Student / 学年 Grade ( ) ・その他 Other ( )	円 Yen	・被保険者の取得 Acquisition of insured person status ・婚姻 Marriage・離婚 Divorce ・就職 Employment ・離職 Unemployment ・その他 Other ( )	年 月 日 YYYY/MM/DD
住 所 Address	同居・別居 Living Together / Living Separately	別居の場合 〒 If Living Separately							資格確認書 Eligibility Verification Certificate	<input type="checkbox"/> 発行が必要 Issuance Required
									備 考 Remarks	

増・削 の区分 Classification	被扶養者の氏名 Name of Dependent		性別 Gender	生 年 月 日 Birth Date	年齢 Age	続柄 (長男、長女等) Relationship	被扶養者の職業 Dependent's Occupation	月平均の 収 入 額 Average Monthly Income	扶養する・ 扶養しなくなった理由 Reason for Becoming / No Longer Being a Dependent	扶養開始した日 又は削除となった日 Date of Acquisition or Loss of Dependent
	(Furigana)			個 人 番 号 Individual Number						
増加 Add ・ 削除 Remove	(フリガナ) (氏)	(名)	男 Male ・ 女 Female	YYYY/MM/DD 年 月 日	歳 Age		・無 職 Unemployed ・パート又はアルバイト Part-time or temporary work ・就職 Employment ・学生 Student / 学年 Grade ( ) ・その他 Other ( )	円 Yen	・被保険者の取得 Acquisition of insured person status ・婚姻 Marriage・離婚 Divorce ・就職 Employment ・離職 Unemployment ・その他 Other ( )	年 月 日 YYYY/MM/DD
住 所 Address	同居・別居 Living Together / Living Separately	別居の場合 〒 If Living Separately							資格確認書 Eligibility Verification Certificate	<input type="checkbox"/> 発行が必要 Issuance Required
									備 考 Remarks	

増・削 の区分 Classification	被扶養者の氏名 Name of Dependent		性別 Gender	生 年 月 日 Birth Date	年齢 Age	続柄 (長男、長女等) Relationship	被扶養者の職業 Dependent's Occupation	月平均の 収 入 額 Average Monthly Income	扶養する・ 扶養しなくなった理由 Reason for Becoming / No Longer Being a Dependent	扶養開始した日 又は削除となった日 Date of Acquisition or Loss of Dependent
	(Furigana)			個 人 番 号 Individual Number						
増加 Add ・ 削除 Remove	(フリガナ) (氏)	(名)	男 Male ・ 女 Female	YYYY/MM/DD 年 月 日	歳 Age		・無 職 Unemployed ・パート又はアルバイト Part-time or temporary work ・就職 Employment ・学生 Student / 学年 Grade ( ) ・その他 Other ( )	円 Yen	・被保険者の取得 Acquisition of insured person status ・婚姻 Marriage・離婚 Divorce ・就職 Employment ・離職 Unemployment ・その他 Other ( )	年 月 日 YYYY/MM/DD
住 所 Address	同居・別居 Living Together / Living Separately	別居の場合 〒 If Living Separately							資格確認書 Eligibility Verification Certificate	<input type="checkbox"/> 発行が必要 Issuance Required
									備 考 Remarks	

事業主記入欄 (チェック欄)	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 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		

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」の口に✓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

F R 健康保険組合 FR Health Insurance Organization

受付日付印

## 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○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○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」の口に✓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)