

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.

Example

被保険者等 記号・番号 Symbol and Number of Insured person, etc.		被保険者氏名 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 Standard Monthly Compensation
記号 Symbol 1 2 3 4	番号 Number 1 2 3 4 5 6 7 8	(フリガナ) Smith	(名) John	1975 年 6 月 1 日 YYYY/MM/DD	男 Male 女 Female	2024 年 11 月 1 日 YYYY/MM/DD	Do not fill in 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
〒000-0000 00-0 Sayama, Yamaguchi, Yamaguchi				FAST RETAILING CO., LTD.		1 人 people	1 人 people
被扶養者の氏名 Name of Dependent		性別 Gender	生年月日 Birth Date	被扶養者の職業 Dependent's Occupation	月平均の収入額 Average Monthly Income	Please fill in the date on which the person acquired dependent status.	
Smith Jane		男 Male 女 Female	1977 年 10 月 1 日 YYYY/MM/DD	無職 Unemployed パート又はアルバイト Part-time or temporary work 学生 Student / 学年 Grade () その他 Other ()	80,000 円 yen	2024 年 12 月 1 日 YYYY/MM/DD	
住所 Address		同居・別居 Living Together / Living Separately	Please fill in your Individual Number. If the Individual Number of the person who will become a dependent is not provided, please give the reason in "Remarks," such as "Lives overseas."		資格確認書 Health Insurance Eligibility Certificate		
増・削の区分 Classification		被扶養者の氏名 Name of Dependent	性別 Gender	被扶養者の職業 Dependent's Occupation	月平均の収入額 Average Monthly Income	Reason for Becoming / No Longer Being a Dependent	
増加 Add 削除 Remove		Smith Jane	男 Male 女 Female	無職 Unemployed パート又はアルバイト Part-time or temporary work 学生 Student / 学年 Grade () その他 Other ()	80,000 円 yen	2024 年 12 月 1 日 YYYY/MM/DD	
住所 Address		同居・別居 Living Together / Living Separately	資格確認書 Health Insurance Eligibility Certificate		発行が必要 Issuance Required		
増・削の区分 Classification		被扶養者の氏名 Name of Dependent	性別 Gender	被扶養者の職業 Dependent's Occupation	月平均の収入額 Average Monthly Income	Reason for Becoming / No Longer Being a Dependent	
増加 Add 削除 Remove		Smith Jane	男 Male 女 Female	無職 Unemployed パート又はアルバイト Part-time or temporary work 学生 Student / 学年 Grade () その他 Other ()	120,000 円 yen	2024 年 12 月 1 日 YYYY/MM/DD	
住所 Address		同居・別居 Living Together / Living Separately	資格確認書 Health Insurance Eligibility Certificate		発行が必要 Issuance Required		
増・削の区分 Classification		被扶養者の氏名 Name of Dependent	性別 Gender	被扶養者の職業 Dependent's Occupation	月平均の収入額 Average Monthly Income	Reason for Becoming / No Longer Being a Dependent	
増加 Add 削除 Remove		Smith Jane	男 Male 女 Female	無職 Unemployed パート又はアルバイト Part-time or temporary work 学生 Student / 学年 Grade () その他 Other ()	120,000 円 yen	2024 年 12 月 1 日 YYYY/MM/DD	
住所 Address		同居・別居 Living Together / Living Separately	資格確認書 Health Insurance Eligibility Certificate		発行が必要 Issuance Required		

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が申請者本人が確認している。
Submission recipient Payroll and Benefits Team, FAST RETAILING CO., LTD. 10717-1 Sayama, Yamaguchi, Yamaguchi Prefecture 754-0894 (Tel.: 083-988-0306)		

資格確認書の発行が必要な場合(※)は、資
「発行が必要」の口に✓を付してください。
If issue of a Health Insurance Eligibility Certific
"Issuance Required" in the Health Insurance Elig
※以下に該当する場合に限りです。
*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
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

Circle the applicable reason for change in relationship.
For the date of loss, fill in the date that status changed.
Examples: New Job: fill in the date when dependent became
qualified for other health insurance.
Excessive Income: Fill in the date that income exceeded limit.
Divorce: Fill in the date of divorce.
Death: Fill in the date for the day after death.
* Do not use the FR Health Insurance Organization insurance
card from the date of dependent status loss, because the