## ※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、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. 被保険者氏名 資格取得日 ※標準報酬月額 Symbol and Number of Insured person, etc. (Furigana Name of Insured Person 記号 Symbol (フリガナ) 番号 Number 1975 年 6 月 1 日 Do not fill in 2024年11月1日 Smith 1234 12345678 John YYYY/MM/DD YYYY/MM/DD 者 の 住 連 被保険者の勤務する事業所名称 現在の被扶養者数 受理後の被扶養者数 Address / Contact of Insured Person Number of Current Dependent usiness Entity Name Where the Insured Person Works umber of Dependents After Accepta 000-000 Please fill in the relationsh FAST RETAILING CO., LTD. as stated on the family OO-O Savama, Yamaguchi, Yamaguchi register (e.g., "eldest son", "eldest daughter"). Please fill in the date on To add a 月平均の 生年月日 削除となった日 被扶養者の氏名 被扶養者の職業 性別 which the person acquired Dependent 収入額 (長男、長女等 Name of Dependent Dependent's Occupation of Acquisition or Age Average 個人番号Individual No dependent status Monthly Incom of Denendent 増加 (フリガナ) 男 無 職 Unemployed caujsition of insured person statu Add (F) パート又はアルバイト Male 婚姻 Marriage ·離婚 Divorce 1977年 10月 Wife 2024年 12月 1日 Part-time or temporary work 80.000 就職 Employment Smith Jane 学生 Student / 学年 Grade ( 女 削除 円 ·離職 Unemployment YYYY/MM/DE ・その他 Other ( Remov その他Other (Income increased 資格確認書 発行が必要 同居・別居 別居の場合 〒 住 所 Eligibility Verification Ce Issuance Required Living Together Address If Living Living Separately Please fill in your Individual Number. Please check the box if you have not Separate If the Individual Number of the person who will registered your Individual Number を開始した日 増・削 become a dependent is not provided, please give the Card as a health insurance card. 被扶養者の氏名 者の職業 は削除となった日 性另 の区分 reason in "Remarks," such as "Lives overseas." Name of Dependent 's Occupation Date of Acquisition or Reason for Becoming Classification No Longer Being a Dene Loss of Dependent 被保険者の取得 増加 (フリガナ) 男 VVVV/MM/DI 無職 Unemployed Acquisition of insured person status Add (氏) パート又はアルバイト Male ·婚姻 Marriage ·離婚 Divorce 月 Part-time or temporary work 就職 Employment 月 学生 Student / 学年 Grade ( 削除 女 円 YYYY/MM/DD ·離職 Unemployment その他 Other ( Remov ・その他 Other ( 資格確認書 □ 発行が必要 同居・別居 別居の場合 〒 住 所 Eligibility Verification Certification Issuance Required Living Together Address 備考 If Living Living Separate 月平均の 扶養する・ 増・削 生年月日Birth Date 続柄 被扶養者の氏名 年齢 被扶養者の職業 扶養しなくなった理由 又は削除となった日 性別 収入額 の区分 Name of Dependent Dependent's Occupation Date of Acquisition or Age Average Reason for Recoming / 個人番号Individual Number Monthly Income No Longer Being a Depende Loss of Dependent To remove a YYYY/MM/DE Dependent 男 無職 Unemployed パート又はアルバイト Male 1977年 10月 婚姻 Marriage ·離婚 Divorce 1 日 Part-time or temporary work 120.000 · 就職 Employment 月 Smith Jane 削除 (女) ·学生 Student / 学年 Grade ( YYYY/MM/DD ·離職 Unemployment その他 Other (Full-time Employee) Remove yen (To join social insurance at workplace \*Filling in the Individual Number is not required 資格確認書 同居・別居)別居の場合 〒 〇 〇 〇 一 〇 〇 〇 〇 if the person will be removed as dependent. 住 所 Living Together Circle the applicable reason for change in relationship. Address $\triangle \triangle \triangle - \bigcirc - \bigcirc$ . Yamaguchi, Yamaguchi Living Separate 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. 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。 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、資 Excessive Income: Fill in the date that income exceeded limit. 事業主記入欄 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 「発行が必要」の口に」を付してください。 Divorce: Fill in the date of divorce (チェック欄) If issue of an Eligibility Verification Certificate is 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。 Death: Fill in the date for the day after death. "Issuance Required" in the Eligibility Verification \* Do not use the FR Health Insurance Organization insurance ※以下に該当する場合に限ります。 card from the date of dependent status loss, because the \*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 Submission recipient Individuals who have not obtained their Individual Number Card, have returned it, or whose Payroll and Benefits Team, FAST RETAILING CO., LTD. electronic certificate has expired 10717-1 Sayama, Yamaguchi, Yamaguchi Prefecture 754-0894 ・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 (Tel.: 083-988-0306) 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

者 (異動) 届 Notification of Health Insurance Dependent (Change)

Example