

健康保険被扶養者(異動)届

※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。
 ※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。

記入例

常務理事	事務長	担当	係

被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		生年月日	性別	資格取得日	※標準報酬月額
記号 1234	番号 12345678	(フリガナ) ヤマグチ (氏) 山口	(名) 太郎	昭和 ・平成 50 年 6 月 1 日	男 女	平成 令和 6 年 11 月 1 日	千円
被保険者の住所 / 連絡先				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	
〒 754-0894 山口県山口市佐山〇〇-〇 連絡先 (-)				ファーストリテイリング	1 人	1 人	

「長男」「長女」等、戸籍謄本上の内容をご記入下さい。

被扶養者に入りたい時 増加 削除	被扶養者の氏名 (フリガナ) ヤマグチ (氏) 山口	被扶養者の氏名 (名) 花子	性別 男 女	生年月日 個人番号 昭和 ・平成・令和 52 年 10 月 1 日 9 ・ 9	続柄 (長男、長女等) 妻	被扶養者の職業 ・無職 ・パート又はアルバイト ・学生 / 学年 () ・その他 ()	月平均の収入額 8 万 円	扶養の事実が発生した日付け をご記入下さい。 ・婚姻 ・離婚 ・就職 ・離職 ・出生 ・死亡 ・その他 (収入が減少した)	養開始した日 は削除となった日 6 年 12 月 1 日
住所	同居・別居	別居の場合 〒	資格確認書発行要否		備考		発行が必要		

個人番号をご記入下さい。
被扶養者になる方の個人番号が未記入の場合、備考欄に未記入の理由を「海外在住」などご記入下さい。

増加・削除	(フリガナ) (氏)	(名)	性別	生年月日	続柄	被扶養者の職業	月平均の収入額	養開始した日
			女					
住所	同居・別居	別居の場合 〒	資格確認書発行要否		備考		発行が必要	

被扶養者から外したい時
削除

増加・削除	(フリガナ) (氏)	(名)	性別	生年月日	続柄	被扶養者の職業	月平均の収入額	養開始した日
	山口	花子	女	昭和 ・平成・令和 52 年 10 月 1 日	妻	・無職 ・パート又はアルバイト ・学生 / 学年 () ・その他 (正社員)	12 万 円	・被保険者の取得 ・婚姻 ・離婚 ・就職 ・離職 ・出生 ・死亡 ・その他 (勤務先で社会保険加入の為)
住所	同居・別居	別居の場合 〒 999-9999	資格確認書発行要否		備考		発行が必要	

扶養から外れる場合は、個人番号の記載は不要です。

該当の理由に○印
 削除日は、事実が発生した日をご記入下さい。
 <例>
 就職：他の健保の資格を取得した日をご記入
 収入超過：事実が起こった日をご記入
 離婚：離婚日をご記入
 死亡：死亡日の翌日をご記入
 ※ 記入した削除日から健康保険の資格がありませんので、FR健保の保険証は使用しないで下さい。

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。
事業主 事業 事業 電	提出先 (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)	

資格確認書の発行が必要な場合(※)は、資格「発行が必要」の口に✓を付けてください。
 ※以下に該当する場合があります。
 ・マイナンバーカードを取得していない者、返納者、電子証明書の発行が困難な者
 ・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解除を申請した者、利用登録解除者