健康保険被扶養者 資格喪失届 (失業給付受給期間中用)

Notification of Loss of Eligibility as Health Insurance Dependent (for period of receipt of unemployment benefits)

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者
Managing	Office	Leader	In charge
Director	Manager		

※太線内にご記入ください。/Complete the sections in bold.						提出日/Date submitted (Y/M/D): / /					
被 pa	ed	記号/Code 番号/No.		氏名/Name			会社名/Company	所属/Section:			
被保険者	Insured person									(Tel:)
ıt(s)	氏名/Name Date			手月日 irth (Y/M/D)	続柄 Relationship		なくなった事由 ligibility as dependent	Date of loss of elig	なくなった日 gibility as dependent (M/D)	資格喪失証明書 Certification of loss of eligibility needed?	
	nt(s)					Receiving unemplo	給付受給のため yment benefits under nt insurance			要・不要 Y/N	
対象被扶養者	dependent(s)										要・不要 Y/ N
扶養者	ct de										要・不要 Y/ N
有	Subject										要・不要 Y / N
											要・不要 Y / N
											要・不要 Y / N

- 注: 1. 対象の被扶養者欄に被扶養者でなくなった人のみをご記入いただき、該当者の<u>「被保険者証」</u> または「資格確認書(有効期限内のもの)」を添えて提出してください。
 - 2. 武田薬品および任意継続の方は健康保険組合へ提出してください。 なお、資格喪失証明書が必要な場合は<u>宛先を記入した返信用封筒を同封し、</u>健康保険組合へ提出してく ださい。
 - 3. 武田薬品以外の事業所の方は会社の健保事務担当者へ提出してください。
- Note: 1. Under "Subject dependent(s)" above, enter information only for those who have lost eligibility as dependent. Submit this form with the (valid) health insurance card(s) or Eligibility Verification Certificate(s) for those persons attached.
 - If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee or Voluntarily and Continuously Insured Person, submit this form to the Health Insurance Society.
 If you require certification of loss of eligibility, send this form to the Health Insurance Society with a self-addressed return envelope enclosed.
 - 3. If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.

健保処理欄	ee ee	削除入力	
		証回収入力 (紛失届)	
	sn A	証廃棄(シュレッダー)	
	Societ	喪失証明発行	
	r S	喪失証明発送	
	Fc	喪失証明発送 給付履壓確認	
		年金第3号書類発送	