

記入例
Example of completed form

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 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge
記入不要/Leave blank			
提出される日をご記入ください Enter the date the form was submitted.			

※太線内にご記入ください。/Complete the sections in bold.

提出日/Date submitted (Y/M/D): XXXX/ 6/ 15

被 保 険 者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name		会社名/Company	所属/Section:	
	10	109999	健保 太郎/Taro Kempo		〇〇薬品工業株式会社/ Pharmaceutical Company Limited	△△工場 製造部〇〇グループ/ Group, Manufacturing Division, Plant (Tel: 06-6233-1234)	
対 象 被 扶 養 者 Subject dependent(s)	氏名/Name	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	続柄 Relationship	被扶養者でなくなった事由 Reason for loss of eligibility as dependent	被扶養者でなくなった日 Date of loss of eligibility as dependent (Y/M/D)	資格喪失証明書 Certification of loss of eligibility needed?	
	健保 一子/Kazuko Kempo	XXXX . 6 . 5	妻 Wife	雇用保険失業給付受給のため Receiving unemployment benefits under employment insurance	XXXX . 4 . 30	要・不要 Y / N	
		.		失業給付受給開始日をご記入ください Enter start date for receipt of unemployment benefits.	.	要・不要 Y / N	
		.			.	要・不要 Y / N	
		.			.	要・不要 Y / N	
		.			.	要・不要 Y / N	
		.			.	要・不要 Y / N	
	.				要・不要 Y / N		
	.				要・不要 Y / N		

武田薬品健康保険組合/Takeda Health Insurance Society

- 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「被保険者証」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宛先を記入した返信用封筒を同封し、健康保険組合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.
2. 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 For Society use	記入不要 Leave blank
----------------------------------	---------------------