常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・ﾘｰﾀﾞｰ Leader	担当者 In charge

健康保険被扶養者 資格喪失届
Notification of Loss of Eligibility as Health Insurance Dependent

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

提出日/Date submitted (Y/M/D):　/　/

被保険者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name	会社名/Company	所属/Section: (Tel.:　　)

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?
		.　.			.　.	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」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。
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。
4．後期高齢者（75 歳到達）に該当する方は、下の住所記入欄に住民票住所を記入してください。

Notes:
1. Under "Subject dependent(s)" above, enter information only for those who have lost eligibility as dependent. Submit this form **with the health insurance card(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.
4. If the subject person qualifies as advanced elderly (75 or older), enter the address on his/her certificate of residence in the address space below.

後期高齢者該当の方（75 歳到達）の住民票住所記入欄 Address on the certificate of residence if advanced elderly (75 or older)
〒/Zip code

健保処理欄 For Society use		
	削除入力	
	証回収入力（紛失届）	
	証廃棄（ｼｭﾚｯﾀﾞｰ）	
	喪失証明発行	
	喪失証明発送	
	給付履歴確認	
	年金第３号書類発送（武田）	