

記入例
Example of completed form

任意継続の方は記入不要です
Not required for Voluntarily and Continuously Insured Persons

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

記入不要
Leave blank

常務理事
Managing Director

事務長
Office Manager

課長・リーダー
Leader

担当者
In charge

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

提出される日をご記入ください
Enter the date the form was submitted.

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	101234	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 一郎/Ichiro Kempo	XXXX . 6 . 5	長男 Eldest son	就職の為 Began employment		XXXX . 6 . 1		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。
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 (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.
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

記入不要
Leave blank