

健康保険被扶養者 資格喪失届 (失業給付受給期間中用)

| | | | |
|------|-----|---------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長・リーダー | 担当者 |
| | | | |

※太線内にご記入ください。

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----|-----------|----|---------------|--|-------------|-------------|
| | | | | | | 令和 年 月 日 提出 | |
| 被 保 険 者 | 記号 | 番号 | 氏名 | 会社名 | | 所属： | |
| | | | | | | TEL： | |
| 対 象 被 扶 養 者 | 氏 名 | 生年月日 | 続柄 | 被扶養者でなくなった事由 | | 被扶養者でなくなった日 | 資格喪失 証明書 |
| | | S・H・R . . | | 雇用保険失業給付受給のため | | R . . | 要・不要 |
| | | S・H・R . . | | | | R . . | 要・不要 |
| | | S・H・R . . | | | | R . . | 要・不要 |
| | | S・H・R . . | | | | R . . | 要・不要 |
| | | S・H・R . . | | | | R . . | 要・不要 |
| | | S・H・R . . | | | | R . . | 要・不要 |

武田薬品健康保険組合

- 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。

| | | |
|-----------------------|--------------|--|
| 健 保 処 理 欄 | 削除入力 | |
| | 証回収入力 (紛失届) | |
| | 証廃棄 (シュレッダー) | |
| | 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 | |