

記入例

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
記入不要			

提出される日をご記入ください

※太線内にご記入ください。

被 保 険 者	記号	番号	氏名		会社名	令和〇〇年6月15日提出	
	10	109999	健保 太郎		〇〇薬品工業株式会社	所属: △△工場 製造部〇〇グループ TEL: 06-6233-1234	
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	
	健保 一子	S・H・R 1 . 6 . 5	妻	雇用保険失業給付受給のため	H・R〇〇 . 4 . 30	要・不要	
		S・H・R . .			H・R . .	要・不要	
		S・H・R . .			R . .	要・不要	
		S・H・R . .			H・R . .	要・不要	
		S・H・R . .			H・R . .	要・不要	
		S・H・R . .			H・R . .	要・不要	

失業給付受給開始日
をご記入ください

国保等へ加入する
際に必要です

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	記入不要
-----------------------	------