

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	事務長 Office	課長・リーダー Leader	担当者 In charge
記入不要/Leave blank			

事業所欄

社会保険労務士記載欄

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 /XX/XX**

被保険者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name		会社名/Company	所属/Section:	
	10	109999	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	
						要・不要 Y / N	
						要・不要 Y / N	
						要・不要 Y / N	
						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.

国民健康保険等へ加入する際に必要です
The certification is required when joining National Health Insurance, etc.

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「**資格確認書 (交付されている場合で有効期限内のもの)**」を添えて提出してください。
2. 武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。
3. 任意継続の方は、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) 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.

削除入力
記入不要 Leave blank
給付履歴確認