

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。

平成 28 年 8 月 1 日 提出

被保険者	記号 123	番号 4567	氏名 健保 太郎	会社名 〇〇薬品工業株式会社		
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 花子	S・H 57. 6. 5	妻	雇用保険失業給付受給のため	H 28. 9 . 1	要 ・不要
		S・H . .				要・不要
		S・H . .				要・不要
		S・H . .				要・不要
		S・H . .				要・不要
		S・H . .				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. 対象被扶養者の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」を添えてご提出ください。
 2. 事業所人事担当者へ提出してください。（対象：HUEを利用しない事業所の方）
 3. 任意継続の方は健康保険組合へ提出してください。

健保処理欄	記入不要
-------	------