

# 記入例

## 健康保険被扶養者異動届 (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	番号	氏名		会社名	所属	
	123	4567	健保 太郎		〇〇薬品工業株式会社	△△工場 製造部〇〇グループ (社内TEL:831-1234)	
対 象 被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	異動事由	異動年月日	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は異動(取消)のあった人のみをご記入いただき、異動該当者の「被保険者証」を添えてご提出ください。  
 2. 武田薬品の方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。  
 3. 武田薬品以外の方は事業所人事担当者へ提出してください。  
 4. 武田薬品の方で資格喪失証明書が必要な場合は送付先(部署名等)を記入した返信用封筒を同封してください。

健保 処 理 欄	記入不要
-------------------	------