

記入例

健康保険被扶養者 資格喪失届

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。

平成 27 年 4 月 5 日 提出

※太線内にご記入ください。

被 保 険	記号	番号	氏名			会社名		
	325	4567	健保 太郎 健保			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 一郎	S H 63 . 6 . 5	長男	就職の為		H 27 . 4 . 1	要 不要	
		S・H . .				H . .	要・不要	
		S・H . .				H . .	要・不要	
		S・H . .				H . .	要・不要	
		S・H . .				H . .	要・不要	
		S・H . .				H . .	要・不要	

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		