

決 定 伺

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者関係 変更・訂正・取消 届

該当する届出事項に○を移動して下さい。

	① 健康保険被保険者証の記号	健康保険証の表面に記載されています。
届出事項 (届出する項のイ、ロ、ハ文字を丸で囲む)	② 健康保険被保険者証の番号	健康保険証の表面に記載されています。
イ 被保険者氏名変更	③ 被保険者の氏名	被扶養者の変更等の場合は、被保険者の氏名を記載する。
ロ 被保険者氏名誤届訂正	④ 被保険者の生年月日	昭和 年 月 日生 性別
ハ 被保険者生年月日誤届訂正		
ニ 被扶養者氏名誤届訂正	令和 年 月 日生	⑤
ホ 被扶養者生年月日誤届訂正		性別
へ		リストからの選択式になっています。
ト 資格取得年月日誤届訂正	⑥ 備考	
チ 資格取得取消		
リ 資格喪失年月日誤届訂正		
ヌ 資格喪失取消		
ル 報酬月額誤届訂正		
オ		
変更、訂正又は取消の内容		
⑧ 届出後、正当となる事項 (氏名変更の場合はフリガナを記入)		※
⑨ 届出前の、事項		※
⑩ 変更、訂正又は取消の年月日	令和 年 月 日から	
⑪ 届出する理由	リストからの選択式になっています。	

令和 年 月 日 提出

事業所 名称
事業主氏名
電話番号

受 付 日 付 印

被 保 険 者 資 格 得 喪 の 確 認
標 準 報 酬 決 定
被 保 険 者 関 係 変 更 訂 正 取 消 届 受 理

通 知 書

該当する届出事項に○を移動して下さい。

(附 記)
2 1
この被保険者資格得喪の確認、標準報酬決定については、都道府県福祉局社会保険審査官に審査の請求をすることができ、その証拠として適当な所に被保険者の押印を求めると結構です。

		① 健康保険被保険者証の記号		
届出事項 (届出する項のイ、ロ、ハ文字を丸で囲む)		② 健康保険被保険者証の番号		
イ	被保険者氏名変更	③ 被保険者の氏名		
ロ	被保険者氏名誤届訂正	④ 被保険者の生年月日		昭和 平成 年 月 日生
ハ	被保険者生年月日誤届訂正			⑤ 性別
ニ	被扶養者氏名誤届訂正			
ホ	被扶養者生年月日誤届訂正			
ヘ	資格取得年月日誤届訂正			
ト	資格取得取消			
チ	資格喪失年月日誤届訂正	⑥ 備考		
リ	資格喪失取消			
ル	報酬月額誤届訂正			
オ				
変更、訂正又は取消の内容				
⑧	届出後、正当となる事項			※
⑨	届出前の、事項			※
⑩	変更、訂正又は取消の年月日	令和 年 月 日から		
⑪	届出する理由			

令和 年 月 日 提出された変更、取消届にもとづき、うえのとおり被保険者の資格得喪が確認、標準報酬が決定、その他の事項が受理されたから通知します。

J-オイルミルズ健康保険組合理事長