

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

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。

該当する届出事項に○を移動して下さい。

届出事項 (届出する項のイ、ロ、ハ文字を丸で囲む) ① 被保険者氏名変更 ② 被保険者氏名誤届訂正 ③ 被保険者生年月日誤届訂正 ④ 被扶養者氏名誤届訂正 ⑤ 被扶養者生年月日誤届訂正 ⑥ 資格取得年月日誤届訂正 ⑦ 資格取得取消 ⑧ 資格喪失年月日誤届訂正 ⑨ 資格喪失取消 ⑩ 報酬月額誤届訂正 ⑪ 備考	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。 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。 ④ 被保険者の生年月日 昭和...年...月...日生 ⑤ 性別... 平成...年...月...日生 リストからの選択式になっています。 ⑥ 備考
---	--

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 リストからの選択式になっています。
 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を受け取った日から起算して六十日以内であれば、文書又は口頭で、都道府県福祉局社会保険審査官に審査を受け取った日から起算して六十日以内で、すみやかに、確認又は決定された事項を当該被保険者に通知し、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