

正

健康保険被保険者資格記録事項（訂正・取消）届

常務理事	事務長	課長	係長	係

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号		③ 被保険者の氏名			④ 生年月日		⑤ 年金手帳の基礎年金番号						
				(氏)	(名)		昭和 平成	年 月 日							
区分	⑥ 資格取得届の訂正・取消				⑦ 月額変更届・算定基礎届の訂正・取消						⑧ 資格喪失届の訂正・取消				
	資格取得年月日	報酬(通貨) 報酬(現物) 報酬月額合計	標準報酬月額	※原因	決定・改定 または 変更年月日	算定基礎月 (支払基礎日数)	金銭	現物	合計	平均額	標準報酬月額	資格喪失年月日	資格喪失原因		
訂正前 事項	年 月 日	円	健 千円	新 再	年 月 日	月(日)	円	円	円	円	健 千円	年 月 日	退職 死亡 その他		
		円	円			円	円	円	円		円		円		
訂正後 事項	年 月 日	円	健 千円	新 再	年 月 日	月(日)	円	円	円	円	健 千円	年 月 日	退職 死亡 その他		
		円	円			円	円	円	円		円		円		
取消事項	年 月 日	円	健 千円	新 再	年 月 日	月(日)	円	円	円	円	健 千円	年 月 日	退職 死亡 その他		
		円	円			円	円	円	円		円		円		
備考	訂正・取消を行う理由を詳しくご記入ください。														

※印は記入しないでください。

所在地 事業所 代表者氏名 電話番号 ()	提出年月日 年 月 日	【 受付年月日 】
	社会保険労務士の提出代行者印	

健康保険被保険者資格記録事項（訂正・取消）確認通知書

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号		③ 被 保 険 者 の 氏 名				④ 生 年 月 日		⑤			
				(氏)		(名)		昭和 平成	年 月 日	年金手帳の 基礎年金番号			
区分	⑥ 資格取得届の訂正・取消				⑦ 月額変更届・算定基礎届の訂正・取消						⑧ 資格喪失届の訂正・取消		
	資 格 取得年月日	報酬（通貨） 報酬（現物） 報酬月額合計	標準 報酬 月額	※ 原 因	決定・改定 または 変更年月日	算定基礎月 (支払基礎日数)	金 銭	現 物	合 計	平均額	標準 報酬 月額	資 格 喪失年月日	資格喪失原因
訂 正 前	年 月 日	円	健 千円	新 再	年 月 日	月 (日)	円	円	円	円	健 千円	年 月 日	退職 死亡 その他
		円	円			月 (日)	円	円	円	円			
訂 正 後	年 月 日	円	健 千円	新 再	年 月 日	月 (日)	円	円	円	円	健 千円	年 月 日	退職 死亡 その他
		円	円			月 (日)	円	円	円	円			
取 消 事 項	年 月 日	円	健 千円	新 再	年 月 日	月 (日)	円	円	円	円	健 千円	年 月 日	退職 死亡 その他
		円	円			月 (日)	円	円	円	円			
備 考		訂正・取消を行う理由を詳しくご記入ください。											

※印は記入しないでください。

<p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">事 業 所 名 称</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 ()</p>	<p style="text-align: center;">【審査請求及び再審査請求制度について（健康保険法第189・192条規定）】</p> <p>この処分不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書又は口頭で社会保険審査官（東京社会保険事務局内 東京都新宿区西新宿2-4-1）に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会（厚生労働省内）に再審査請求できます。</p> <p>なお、この処分の取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。</p>	<p>【 確 認 年 月 日 】</p>
--	--	----------------------