

常務理事	事務長	担当者	

健康保険 被保険者資格記録事項  
訂正/取消 届

取得・喪失用

被保険者の 記号・番号	1 2 3 4 ・ 5 6 7	事業所名	〇〇〇〇株式会社
被保険者の氏名	健 保 太 郎	被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇 年 6 月 5 日 <input type="checkbox"/> 平成

区分	資格取得届の訂正・取消				資格喪失届の訂正・取消	
	資格取得年月日	報酬 月額	ア 通貨によるものの額 イ 現物によるものの額 ウ 合計	標準報酬 月額	資格喪失年月日	標準報酬 月額
訂正 事項	訂正前	令和〇〇年 5 月 1 日	ア 384,000 円 イ _____ 円 ウ 384,000 円	千円 380	令和 年 月 日	千円
	訂正後	令和〇〇年 5 月 1 日	ア 396,560 円 イ _____ 円 ウ 396,560 円	千円 410	令和 年 月 日	千円
取消 事項		令和 年 月 日	ア _____ 円 イ _____ 円 ウ _____ 円	千円	令和 年 月 日	千円

訂正・取消の理由	交通費の算入もれのため
----------	-------------

事業所 所在地	令和〇〇年 6 月 11 日
事業所 名称	〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇××-××
事業主 氏名	〇〇〇〇株式会社
電話番号	〇〇〇〇 111 ( 222 ) 3333

受付印

健康保険 被保険者資格記録事項  
訂正/取消 通知書

標記について次のとおり通知します。

被保険者の 記号・番号	1 2 3 4 ・ 5 6 7	事業所名	〇〇〇〇株式会社
被保険者の氏名	健 保 太 郎	被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇 年 6 月 5 日 <input type="checkbox"/> 平成

区 分	資格取得届の訂正・取消				資格喪失届の訂正・取消	
	資格取得年月日	報酬 月額	ア 通貨によるものの額 イ 現物によるものの額 ウ 合計	標準報酬 月額	資格喪失年月日	標準報酬 月額
訂 正 事 項	訂 正 前	令和〇〇年 5 月 1 日	ア 384,000 円 イ _____ 円 ウ 384,000 円	千円 380	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	千円
	訂 正 後	令和〇〇年 5 月 1 日	ア 396,560 円 イ _____ 円 ウ 396,560 円	千円 410	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	千円
取 消 事 項		令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	ア _____ 円 イ _____ 円 ウ _____ 円	千円	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	千円

訂正・取消の理由	交通費の算入もれのため
----------	-------------

上記のとおり訂正(取消)したので通知します。この決定に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます  
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があった時は、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)  
なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、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、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

野村健康保険組合  
理事長 田 口 芳 樹