

健康保険 被保険者資格喪失届 (9月分) (正)

2部提出

【ご注意】

資格喪失日が異なる場合は、届を月毎に分けて作成してください。

※ 退職者およびその扶養家族の保険証を添付してください

退職日・死亡日の翌日を記入してください。

被保険者証記号 (最大4ケタ)											MGR	担当者	CPU処理											
1004																								
被保険者証 番号 (最大6ケタ)	氏名(漢字9文字以内)		性別	生年月日			(退職日・死亡日の翌日) (和暦)		退職日 (和暦)	標準報酬 月額	資格喪失原因 (該当を○で囲む)													
123457	ケンボ 健保	タロウ 太郎	男 昭 女 平	4	0	1	1	0	5	0	1	0	9	0	1	0	1	0	8	3	1	千円	400	退職 死亡 その他()
保険証返納 (該当を○で囲む)	添付 紛失 → 紛失届 添付 遅延 → 令和 年 月 日返納予定		備考 (該当を○で囲む)		資格喪失証明書 要・不要																			
123668	サトウ 佐藤	カズコ 和子	男 昭 女 平	4	3	0	5	2	4	0	1	0	9	0	1	0	1	0	8	3	1	千円		退職 死亡 その他()
保険証返納 (該当を○で囲む)	添付 紛失 → 紛失届 添付 遅延 → 令和1年9月15日返納予定		備考 (該当を○で囲む)		資格喪失証明書 要・不要																			
保険証返納 (該当を○で囲む)	添付 紛失 → 紛失届 添付 遅延 → 令和 年 月 日返納予定		備考 (該当を○で囲む)		資格喪失証明書 要・不要																			
保険証返納 (該当を○で囲む)	添付 紛失 → 紛失届 添付 遅延 → 令和 年 月 日返納予定		備考 (該当を○で囲む)		資格喪失証明書 要・不要																			
保険証返納 (該当を○で囲む)	添付 紛失 → 紛失届 添付 遅延 → 令和 年 月 日返納予定		備考 (該当を○で囲む)		資格喪失証明書 要・不要																			
保険証返納 (該当を○で囲む)	添付 紛失 → 紛失届 添付 遅延 → 令和 年 月 日返納予定		備考 (該当を○で囲む)		資格喪失証明書 要・不要																			

保険証の返納が遅れる場合は、必ず返納予定日を記入してください。

喪失後、国民健康保険に加入する場合は、要に○印を付けてください。
当組合の任意継続を申請する場合は、不要に○印を付けてください。

日付の記入漏れにご注意ください。

この欄は事業主が記入してください。
(出向者は、出向元の事業所となります)

令和 1年 9月 4日

《注意事項》

- 資格喪失日は、退職日・死亡日の翌日となります。
- 標準報酬月額は、退職時の額を記入ください。
- 「保険証返納」欄の遅延分を後日送付する際は、必ずこの届のコピーを添付してください。

ジェイティービー健康保険組合
心と体の健康づくりを応援します

事業所名称	(株)JT B		
住所・電話	東京都品川区東品川2-3-11, JT Bビル4階 Tel: 03-5796-5903		
事業主氏名	代表取締役	〇〇	〇〇
担当者氏名	総務部	〇〇	〇〇
JT B内線	内線	: 4000	

受付印

ア、この通知書のことでわからないことがあるときは当健康保険組合へお尋ねください。施行日(平成28年4月1日)以降に決定した処分に不服があるときは、処分の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(支)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り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ときは、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。(但し、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。

イ、この通知書を受け取ったら、速やかに確認された資格取得年月日及び決定された標準報酬を、それぞれの被保険者に通知してください。