副

健康保険　被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書

（この通知書のことで不服があるときなど）
ア・この通知書のことでわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。
この通知書の確認に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から60日以内に文書または口頭で、社会保険審査官（地方厚生(支)局）に審査請求をすることができます。
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60日以内に社会保険審査会（厚生労働省内）に再審査請求をすることができます。
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。
イ・この通知書を受けとったら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者に通知しなければなりません。。

① 健康保険被保険者証の記号	事業所整理番号
	※

② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者の指名	④ 生年月日	⑤ 種別（性別）	⑥ 取得区分	⑦ 基礎年金番号	⑩ 資格取得年月日（入社した日等）	㋐ ㋑金銭（通貨）による報酬の額 ㋒現物による報酬の額 ㋓合計	⑪ ※ 標準報酬月額	⑫ 被扶養者の有・無
	(フリガナ) (氏)　(名)	昭 5 平 7　年 月 日	1 5 2 6 3 7	共3 新1 船4 再2 農0		平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無 0 有 1
	⑧ 郵便番号 - ※ 住所コード	⑨ 被保険者住所	(フリガナ) 都道府県					㋔ 備考	

② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者の指名	④ 生年月日	⑤ 種別（性別）	⑥ 取得区分	⑦ 基礎年金番号	⑩ 資格取得年月日（入社した日等）	㋐ ㋑金銭（通貨）による報酬の額 ㋒現物による報酬の額 ㋓合計	⑪ ※ 標準報酬月額	⑫ 被扶養者の有・無
	(フリガナ) (氏)　(名)	昭 5 平 7　年 月 日	1 5 2 6 3 7	共3 新1 船4 再2 農0		平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無 0 有 1
	⑧ 郵便番号 - ※ 住所コード	⑨ 被保険者住所	(フリガナ) 都道府県					㋔ 備考	

② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者の指名	④ 生年月日	⑤ 種別（性別）	⑥ 取得区分	⑦ 基礎年金番号	⑩ 資格取得年月日（入社した日等）	㋐ ㋑金銭（通貨）による報酬の額 ㋒現物による報酬の額 ㋓合計	⑪ ※ 標準報酬月額	⑫ 被扶養者の有・無
	(フリガナ) (氏)　(名)	昭 5 平 7　年 月 日	1 5 2 6 3 7	共3 新1 船4 再2 農0		平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無 0 有 1
	⑧ 郵便番号 - ※ 住所コード	⑨ 被保険者住所	(フリガナ) 都道府県					㋔ 備考	

② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者の指名	④ 生年月日	⑤ 種別（性別）	⑥ 取得区分	⑦ 基礎年金番号	⑩ 資格取得年月日（入社した日等）	㋐ ㋑金銭（通貨）による報酬の額 ㋒現物による報酬の額 ㋓合計	⑪ ※ 標準報酬月額	⑫ 被扶養者の有・無
	(フリガナ) (氏)　(名)	昭 5 平 7　年 月 日	1 5 2 6 3 7	共3 新1 船4 再2 農0		平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無 0 有 1
	⑧ 郵便番号 - ※ 住所コード	⑨ 被保険者住所	(フリガナ) 都道府県					㋔ 備考	

事業所所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	様
電話	（　　局）　　番

平成　年　月　日提出された被保険者資格取得届にもとづき、うえのとおり資格取得の確認および標準報酬の決定がなされたので通知します。

平成　年　月　日

大阪府信用金庫健康保険組合理事長 ㊞

頁