

健康保険 被保険者資格喪失確認通知書

(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。

副

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 年金手帳の基礎年金番号		⑦ 資格喪失年月日 退職又は死亡の日の翌日		⑧ 資格喪失原因		⑨ 標準報酬 月 額			⑩ 被保険者証回収区分 ⑪ 保険証返却枚数			⑫ 備考	
	※					(氏)	(名)	昭 5 年 月 日	平 7 年 月 日	1 5					平成 年 月 日	その他4	健	千円	添付1	返不能2	減失3			平成 年 月 日	退職・死亡	転勤
										2 6						死亡5	年	千円	添付	返不能	減失					
										3 7									通	通	通					

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喪失届にもとづき、うえのとおり資格喪失が確認されましたので通知します。

平成 年 月 日

大阪府信用金庫健康保険組合理事長 ㊤