

健康保険組合 訂正・取消届

常務理事	事務長	担当者

提出日 令和 年 月 日

健康保険者等 記号・番号	—	ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女	生年月日	昭 ・ 平		年 月 日
-----------------	---	-------------	--	----	-------------	------	-------------	--	-----------------

訂正の種類 取得届・喪失届・月額変更届・算定基礎届

訂 正	前 後	① 取得・喪失・月変・算定日	② 給与月額	③ 標準報酬月額
		昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日	ア _____ 円 イ _____ 円 ウ _____ 円 _____ 円
昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日	ア _____ 円 イ _____ 円 ウ _____ 円 _____ 円	合 計 円	千円
		④訂正の事由		

取消の種類 取得届・喪失届・月額変更届・算定基礎届

取 消	前 後	① 取得・喪失・月変・算定日	② 給与月額	③ 標準報酬月額
		昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日	ア _____ 円 イ _____ 円 ウ _____ 円 _____ 円
		④訂正の事由		

【 注 意 】

- ・届の種類に必ず○を付けて下さい。
- ・訂正の場合は訂正する個所のみ記入願います。
- ・取消の場合はすべて記入願います。
- ・取得・喪失の訂正及び取消の場合で、保険証・資格確認証を
発行している場合は、必ず保険証・資格確認証を添付願います。
(月変・算定・給与月額・標準報酬月額の訂正の場合は添付不要)

受 付 印

事業主の住所

事業主の氏名