

所 長	副所長	課 長	担当者

正

船員保険標準賞与額累計申出書

被 保 険 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日

船舶所有者氏名 ・ 住所 (船舶所有者整理記号 ・ 被保険者整理番号)	賞与支払年月日	標準賞与額
()	令和 年 月 日	千円
()	令和 年 月 日	千円
()	令和 年 月 日	千円
累計額		千円

1. この申出により、標準賞与額の上限を超えていることが確認できたときは、その内容に基づき賞与の支払いがあった船舶所有者に対し標準賞与額の決定、訂正等を行います。
2. 上記の標準賞与額について、船舶所有者に対し確認することがあります。

上記について被保険者より申出がありましたので提出します。
令和 年 月 日提出

船 舶 所 有 者 〒 —
住 所

氏 名

電 話 番 号 () —

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。
令和 年 月 日提出

申 出 人 〒 —
住 所

氏 名

電話番号 () —

【記入上の注意】
◎ 標準賞与額の申出欄には、4月1日～翌年3月31日に受けた賞与に基づき決定された標準賞与額を記入してください。

受付日付印

副

船員保険標準賞与額決定通知書(訂正)

被 保 険 者	フリガナ 氏 名				
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和		年	月 日
賞与支払年月日		令和	年	月 日	標準賞与額
					千円

上記のとおり、当該被保険者に係る標準賞与額について訂正しましたので通知します。

令和 年 月 日

日本年金機構理事長

この通知書の決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書または口頭で、社会保険審査官(地方厚生局内)に審査請求できます。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起算して2か月以内に社会保険審査会(厚生労働省内)に再審査請求できます。

なお、この決定の取消の訴えは、審査請求の決定(以下「決定」という。)を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から2か月を経過しても審査請求の決定がないときや、この通知書の決定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、その他正当な理由のあるときは、決定を経なくても提起できます。この訴えは、決定(再審査請求をした場合には、当該決定または社会保険審査会の裁決。以下同じ。)があったことを知った日から6か月以内に、日本年金機構を被告として提起できます。ただし、原則として、決定の日から1年を経過したときは訴えを提起できません。

(注)
この決定通知書を受け取ったら、すみやかに、決定(訂正)された標準賞与額について被保険者に通知してください。

船 舶 所 有 者 氏 名	—
住 所	
氏 名	様
電 話 番 号 ()	—

申 出 人 氏 名	—
住 所	
氏 名	様
電 話 番 号 ()	—