

|                |                   |              |       |
|----------------|-------------------|--------------|-------|
| 事務センター長<br>所 長 | 副事務センター長<br>副 所 長 | グループ長<br>課 長 | 担 当 者 |
|                |                   |              |       |

正

健康保険標準賞与額累計申出書

|                  |             |                |
|------------------|-------------|----------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ<br>氏 名 |                |
|                  | 生年月日        | 昭和・平成・令和 年 月 日 |

| 事業所名称・所在地<br>(事業所整理記号・被保険者整理番号) | 賞与支払年月日  | 標準賞与額 |
|---------------------------------|----------|-------|
| .....<br>( )                    | 令和 年 月 日 | 千円    |
| .....<br>( )                    | 令和 年 月 日 | 千円    |
| .....<br>( )                    | 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があった事業主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、事業主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

(事業主) 事業所所在地 〒 —

事業所名称

事業主氏名

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

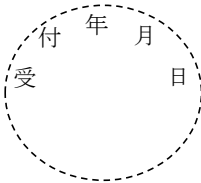
(被保険者) 住 所 〒 —

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。  
(ただし、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者期間中に決定された標準賞与額に限ります。)



副

## 健康保険標準賞与額決定通知書（訂正）

|                  |             |                |       |  |    |
|------------------|-------------|----------------|-------|--|----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ<br>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

（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。

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）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ヶ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、この決定の取り消しの訴えは、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2か月を経過しても裁決がないときや、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起算して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、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

（事業主）

事業所所在地 〒 ー

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( )

（被保険者）

住所 〒 ー

氏 名

電話番号 ( )