

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

記入例

正

健康保険標準賞与額累計申出書

被保険者	フリガナ 氏 名	キコウ ダイスケ 機構 大介
	生年月日	(昭和) 平成・令和 45年 12月 5日

① 事業所名称・所在地 (事業所整理記号・被保険者整理番号)	② 賞与支払年月日	③ 標準賞与額
健保サービス株式会社 東京都千代田区霧が関1-2-2 (00-7●-56)	令和 4年 6月 10日	1,500 千円
健保サービス株式会社 東京都千代田区霧が関1-2-2 (00-7●-56)	令和 4年 12月 10日	2,150 千円
株式会社 健保産業 東京都杉並区高井戸1-2-3 (00-ケ●-15)	令和 5年 3月 20日	2,100 千円
累計額		5,750 千円

① 被保険者は、賞与の支給を受けた事業所の名称および所在地を記入してください。事業所整理記号および被保険者整理番号が分かる場合は記入してください。

② 賞与の支給年月日を記入してください。

③ 支給された各賞与の千円未満を切り捨てた金額を記入してください。

④ 被保険者から申出を受けた事業主が提出してください。また、事業所所在地等、事業所情報を記入してください。

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。

(事業主)	令和 5年 3月 24日提出
	事業所所在地 〒 168-8599 東京都杉並区高井戸1-2-3
	事業所名称 株式会社 健保産業
	事業主氏名 代表取締役社長 健保 一郎 電話番号 03 (1234) 5678

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

(被保険者)	令和 5年 3月 22日提出
	住 所 〒 168-8500 東京都杉並区浜田川3-2-1
	氏 名 機構 大介
	電話番号 03 (3210) 1234

【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。)

付 年 月
受 日

副

健康保険標準賞与額決定通知書（訂正）

記入例

被保険者	フリガナ氏名	キコウ ダイスケ 機構 大介			
	生年月日	昭和・平成・令和 45年 12月 5日			
賞与支払年月日 ①		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

① 記入は必要ありません。

② 被保険者から申出を受けた事業主が提出してください。
また、事業所所在地等、事業所情報を記入してください。

(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限り、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	〒 168-8599 東京都杉並区高井戸1-2-3
	事業所名称	株式会社 健保産業
	事業主氏名	代表取締役社長 健保 一郎
	電話番号	03 (1234) 5678

（被保険者）	住所	〒 168-8500 東京都杉並区浜田川3-2-1
	氏名	機構 大介
	電話番号	03 (3210) 1234