

正

# 健康保険被保険者報酬月額変更届

事業所記号

**特例**

8月報酬による定時決定の場合

決	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
裁				

項目名	①被保険者証の番号		②被保険者の氏名			③生年月日		④改定年月		⑤従前標準報酬月額		⑥従前月額の改定月	
	⑦給与支払月	⑧給与計算の基礎日数	報酬月額			⑫総計		⑬平均額		⑮昇(降)給		⑱備考	
			⑨通貨によるものの額	⑩現物によるものの額	⑪合計(⑨+⑩)	⑭修正平均額	⑯改定後標準報酬月額	⑰遡及支払額					
1	健康証番号		氏名			昭 年 月 日 平		改定年月 年 月		健康従前月額		年 月	
								4 9					
	支払月	日数	通貨	現物	合計(通貨+現物)	総計	昇(降)給	1.昇給 2.降給		1.二以上勤務者 2.短時間労働者 (特定適用事業所等) 3.昇給・降給の理由 ( ) 4.年間平均 5.その他(定時決定 (申立書1の②に該当))			
	6	月 日	—	—	—	—	8						
2	健康証番号		氏名			昭 年 月 日 平		改定年月 年 月		健康従前月額		年 月	
								4 9					
	支払月	日数	通貨	現物	合計(通貨+現物)	総計	昇(降)給	1.昇給 2.降給		1.二以上勤務者 2.短時間労働者 (特定適用事業所等) 3.昇給・降給の理由 ( ) 4.年間平均 5.その他(定時決定 (申立書1の②に該当))			
	6	月 日	—	—	—	—	8						
3	健康証番号		氏名			昭 年 月 日 平		改定年月 年 月		健康従前月額		年 月	
								4 9					
	支払月	日数	通貨	現物	合計(通貨+現物)	総計	昇(降)給	1.昇給 2.降給		1.二以上勤務者 2.短時間労働者 (特定適用事業所等) 3.昇給・降給の理由 ( ) 4.年間平均 5.その他(定時決定 (申立書1の②に該当))			
	6	月 日	—	—	—	—	8						
4	健康証番号		氏名			昭 年 月 日 平		改定年月 年 月		健康従前月額		年 月	
								4 9					
	支払月	日数	通貨	現物	合計(通貨+現物)	総計	昇(降)給	1.昇給 2.降給		1.二以上勤務者 2.短時間労働者 (特定適用事業所等) 3.昇給・降給の理由 ( ) 4.年間平均 5.その他(定時決定 (申立書1の②に該当))			
	6	月 日	—	—	—	—	8						
5	健康証番号		氏名			昭 年 月 日 平		改定年月 年 月		健康従前月額		年 月	
								4 9					
	支払月	日数	通貨	現物	合計(通貨+現物)	総計	昇(降)給	1.昇給 2.降給		1.二以上勤務者 2.短時間労働者 (特定適用事業所等) 3.昇給・降給の理由 ( ) 4.年間平均 5.その他(定時決定 (申立書1の②に該当))			
	6	月 日	—	—	—	—	8						

※ 「⑦給与支払月」とは、給与の対象となった計算月ではなく実際の給与の支払いを行った月となります。  
 ※ この届出には「新型コロナウイルス感染症の影響に伴う報酬月額の算定の特例」を申し立てる者の届出のみ記載してください。  
 ※ この届出には「新型コロナウイルス感染症の影響に伴う標準報酬月額の改定に係る申立書」を必ず添付してください。  
 (複数回に分けて届出を行う場合は、届出の都度、申立書の添付が必要となります。)

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付印

社労士記載欄	
--------	--

副

健康保険被保険者標準報酬改定通知書

事業所記号

特例

8月報酬による定時決定の場合

Main table with columns for project name, insurance number, name, birth date, revision date, and payment details for 5 different cases (1-5). Includes sub-headers for '報酬月額' and '昇(降)給'.

- ※ 「⑦給与支払月」とは、給与の対象となった計算月ではなく実際の給与の支払いを行った月となります。
※ この届出には新型コロナウイルス感染症の影響に伴う「報酬月額算定の特例」を申し立てる者の届出のみ記載してください。
※ この届出には「新型コロナウイルス感染症の影響に伴う報酬の改定に係る申立書」を必ず添付してください。

令和 年 月 日提出

提出者記入欄 (事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号)

確認印 (Seal area)

(付記)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。この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。