

正

健康保険被保険者報酬月額変更届

Table with 3 columns and 2 rows for business registration number (事業所記号).

Table with 4 columns (常務理事, マネジャー, リーダー, 担当者) and 2 rows (決, 裁).

Main table with 6 columns: 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. Includes sub-headers for ⑦-⑩, ⑪-⑭, ⑮-⑰, and ⑱備考.

令和 年 月 日提出

Table for proposer information (提出者記入欄) with fields: 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号.

Table for employee information (社労士記載欄).

Table for receipt stamp (受付印).

副

健康保険被保険者標準報酬改定通知書

事業所記号

Table with 6 main columns: 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. Includes sub-headers for ⑦給与支払月, ⑧給与計算の基礎日数, 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), ⑫総計, ⑬平均額, ⑭修正平均額, ⑮昇(降)給, ⑯遡及支払額, ⑰改定後標準報酬月額, ⑱備考.

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

(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。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提訴することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があった日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提訴することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提訴することができなくなります。)なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分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、審査請求の決定を経なくても提訴することができます。