

正

健康保険被保険者賞与支払届

事業所記号		

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

共通	賞与支払年月日(共通)	令和									
----	-------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

項目名	① 被保険者証の番号	② 被保険者氏名	③ 生年月日		④ 賞与支払年月日		⑤ 賞与支払額		⑥ 賞与額 (千円未満切捨て)	⑦ 備考
			年	月	年	月	⑦ 通貨によるもの	⑧ 現物によるもの		
1			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
2			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
3			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
4			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
5			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
6			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
7			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
8			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
9			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		
10			昭	平					千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
			令和				通貨	現物		

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賞与決定通知書

事業所記号

共通	賞与支払年月日(共通)	令和		年		月		日
----	-------------	----	--	---	--	---	--	---

項目名	① 被保険者証の番号	② 被保険者氏名		③ 生年月日		④ 賞与支払年月日 <small>上記賞与支払年月日(共通)と異なる場合に記入</small>		⑤ 賞与支払額		⑥ 賞与額 (千円未満切捨て)	⑦ 備考					
								⑦ 通貨によるもの	⑧ 現物によるもの							
1								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
2								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
3								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
4								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
5								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
6								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
7								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
8								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
9								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		
10								昭・平		年		月		日	千円	1.二以上勤務者 2.同一内の賞与合算 (初回支払日: 日)
		令和		年		月		日	通貨		円	現物		円		

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)この通知書の中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ことを知った日から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。