

正

健康保険 被保険者報酬月額算定基礎届

Table with columns: 常務理事, 事務局長, 部長, 課長, 課長補佐, 担当者

Table with columns: 様式コード, 2, 2, 2, 5

令和 年 月 日提出

提出者記入欄

Form for business information: 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄: 氏名等

Main table with 5 rows (1-5) and columns for employee details, income, and insurance status.

※ ⑨支給月とは、給与の対象となった計算月ではなく実際に給与の支払いを行った月となります。 受付印

副

健康保険 被保険者標準報酬改定通知書

様式コード
2 | 2 | 2 | 5

令和 年 月 日提出

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
〒

健康保険の記号

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

項目名	① 健康保険被保険者等番号		② 被保険者氏名		③ 生年月日		④ 適用年月		⑪ 備考	
	⑤ 従前の標準報酬月額		⑥ 従前改定月		⑦ 昇(降)給		⑧ 選及支払額		⑫ 決定後の標準報酬月額	
	⑨ 給与支給月	⑩ 給与計算の基礎日数	報酬月額		⑬ 合計(⑪+⑫)		⑭ 総計(一定の基礎日数以上の月のみ)		⑯ 平均額	
1	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰ 1. 二以上勤務 <input type="checkbox"/> 2. 月額変更予定 ⑱ 3. 途中入社 <input type="checkbox"/> ⑲ 4. 病休・育休・休職等 ⑳ 5. 短時間労働者(特定適用事業所等) ㉑ 6. パート <input type="checkbox"/> ㉒ 7. 年間平均 ㉓ 8. その他 <input type="checkbox"/> ()	
	4	月	日	円	円	円	円	円		
	5	月	日	円	円	円	円	円		
	6	月	日	円	円	円	円	円		
2	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰ 1. 二以上勤務 <input type="checkbox"/> 2. 月額変更予定 ⑱ 3. 途中入社 <input type="checkbox"/> ⑲ 4. 病休・育休・休職等 ⑳ 5. 短時間労働者(特定適用事業所等) ㉑ 6. パート <input type="checkbox"/> ㉒ 7. 年間平均 ㉓ 8. その他 <input type="checkbox"/> ()	
	4	月	日	円	円	円	円	円		
	5	月	日	円	円	円	円	円		
	6	月	日	円	円	円	円	円		
3	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰ 1. 二以上勤務 <input type="checkbox"/> 2. 月額変更予定 ⑱ 3. 途中入社 <input type="checkbox"/> ⑲ 4. 病休・育休・休職等 ⑳ 5. 短時間労働者(特定適用事業所等) ㉑ 6. パート <input type="checkbox"/> ㉒ 7. 年間平均 ㉓ 8. その他 <input type="checkbox"/> ()	
	4	月	日	円	円	円	円	円		
	5	月	日	円	円	円	円	円		
	6	月	日	円	円	円	円	円		
4	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰ 1. 二以上勤務 <input type="checkbox"/> 2. 月額変更予定 ⑱ 3. 途中入社 <input type="checkbox"/> ⑲ 4. 病休・育休・休職等 ⑳ 5. 短時間労働者(特定適用事業所等) ㉑ 6. パート <input type="checkbox"/> ㉒ 7. 年間平均 ㉓ 8. その他 <input type="checkbox"/> ()	
	4	月	日	円	円	円	円	円		
	5	月	日	円	円	円	円	円		
	6	月	日	円	円	円	円	円		
5	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰ 1. 二以上勤務 <input type="checkbox"/> 2. 月額変更予定 ⑱ 3. 途中入社 <input type="checkbox"/> ⑲ 4. 病休・育休・休職等 ⑳ 5. 短時間労働者(特定適用事業所等) ㉑ 6. パート <input type="checkbox"/> ㉒ 7. 年間平均 ㉓ 8. その他 <input type="checkbox"/> ()	
	4	月	日	円	円	円	円	円		
	5	月	日	円	円	円	円	円		
	6	月	日	円	円	円	円	円		

上記の通り標準報酬が改定されたので通知します。

東京金属事業健康保険組合理事長

令和 年 月 日

この書類の保険料は 月分で計算いたします

(付記)

- この決定に不服のあるときは裏面をご覧ください。
- この通知書を受け取ったら、すみやかに、決定された標準報酬などを、それぞれの被保険者に通知しなければなりません。

この通知書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起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起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、提起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起することができます。