

常務	部長	担 当 者

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		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		

事業所名称・所在地 (事業所整理記号・被保険者整理番号)	賞与支払年月日	標準賞与額
()	令和 年 月 日	千円
()	令和 年 月 日	千円
()	令和 年 月 日	千円
累計額		千円

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。

令和 年 月 日提出

(事業主) 事業所所在地 〒 ー

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

令和 年 月 日提出

(被保険者) 住所 〒 ー

氏 名

電話番号 ()

【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、近畿しんさん健康保険組合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 日
受

(R5. 4)