

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

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				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日

事業所名称・所在地 (被保険者証記号・番号)		賞与支払年月日	標準賞与額
名称		令和 年 月 日	千円
所在地			
—			
名称		令和 年 月 日	千円
所在地			
—			
名称		令和 年 月 日	千円
所在地			
—			

- 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、標準賞与の決定、訂正等を行います。
- 上記の標準賞与額について、事業主に確認することがあります。

上記のとおり被保険者から申出がありましたので提出します。
令和 年 月 日提出

事業所所在地 〒

(事業主) 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 〒
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、東京薬業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。)

受付年月日

副

健康保険標準賞与額決定通知書(訂正)

被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日

※ 賞与支払年月日	令和 年 月 日	標準賞与額	千円
-----------	----------	-------	----

上記のとおり、当該被保険者に係る標準賞与額について訂正しましたので通知します。

東京薬業健康保険組合理事長

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か月以内に文書また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の翌日から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。

注) この決定通知書を受け取ったら、速やかに、決定(訂正)された標準賞与額について、被保険者に通知してください。

事業所所在地	〒	
(事業主)	事業所名称	
	事業主氏名	様
電話番号		

(被保険者)	住所	〒	
	氏名		様
電話番号			