

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

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	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
( )	平成・令和 年 月 日	千円
( )	平成・令和 年 月 日	千円
( )	平成・令和 年 月 日	千円
累計額		千円

- 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。
- 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。

年 月 日提出

( 事業主 )

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

電話 ( ) 局 番

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

年 月 日提出

( 被保険者 )

住所 〒 -

氏名

電話 ( ) 局 番

### 【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、当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。)

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		性別	男・女		
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
賞与支払年月日	平・令	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。

年 月 日

首都圏デジタル産業健康保険組合 理事長

（注）

この決定通知書を受け取ったら、すみやかに、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。

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、審査請求の決定の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。

（事業主）  
事業所所在地 〒 ー  
事業所名称  
事業主氏名  
電話 ( ) 局 番

（被保険者）  
住所 〒 ー  
氏名  
電話 ( ) 局 番

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

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	健保 太郎	性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 平成 〇〇年 4月 1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
(株) 健保企画 横浜市西区南幸〇-〇-〇 ( 999-5 )	平成 令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇 千円
××××株式会社 神奈川県××市×区××2-2 ( ×××-×××× )	平成・令和××年××月××日	××× 千円
( )	平成・令和 年 月 日	千円
累計額		△△△ 千円

- 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。
- 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。

〇〇年〇〇月〇〇日提出

( 事業主 )

事業所所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
横浜市中央区〇〇町1-1

事業所名称 ××商事(株)

( 事業主氏名 ) 代表取締役 〇〇 ×男

電話 〇〇〇(〇〇〇)局〇〇〇〇番

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

〇〇年〇〇月〇〇日提出

( 被保険者 )

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
横浜市西区北幸〇-〇-〇

氏名 健保 太郎

( 電話 ) 〇〇〇(〇〇〇〇)局 〇〇〇〇番

【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、当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。)

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	健保 太郎			性別	男 女
	生年月日	昭和 平成 〇〇年 4月 1日				
賞与支払年月日		平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	標準賞与額		〇〇〇 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。

〇〇年〇〇月〇〇日

首都圏デジタル産業健康保険組合 理事長

(注)

この決定通知書を受け取ったら、すみやかに、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。

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、審査請求の決定の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。

事業主  
事業所所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
横浜市中央区〇〇町1-1  
事業所名称 ××商事(株)  
事業主氏名 代表取締役 〇〇 ×男  
電話 〇〇〇(〇〇〇)局〇〇〇〇番

被保険者  
住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
横浜市西区北幸〇-〇-〇  
氏名 健保 太郎  
電話 〇〇〇(〇〇〇〇)局 〇〇〇〇番