秘密

健康保険 被保険者報酬月額変更届

健康保険組合提出用

審査	入力	一次	二次	発送

事業所記号		〆日と支払日　日締切　（ 当月 ・ 翌月 ）　日支払	月額変更通番	

㋐ 被保険者番号	㋑ 被保険者の氏名	㋒ 生年月日	㋓ 性別	㋔ ㋕ 従前の標準報酬月額		㋖ 従前の改定月・原因
報酬月額				㋛ 3ヶ月の総計	㋜ 改定年月	㋡ 備考 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 理由
㋗ 算定対象月の報酬支払基礎日数	㋘ 通貨によるものの額	㋙ 現物によるものの額	㋚ 合計	㋝ 平均額	㋞ 修正平均額	
				㋟ ㋠ 決定後の標準報酬月額		
㋐	㋑	㋒	㋓	㋔健 千円	㋕厚 千円	㋖ 年 月
月 日	円	円	円	㋛ 円	㋜ 年 月	㋡ 円
㋗ 月 日	㋘ 円	㋙ 円	㋚ 円	㋝ 円	㋞ 円	昇・降 円 年 月
月 日	円	円	円	㋟健 千円	㋠厚 千円	理由
㋐	㋑	㋒	㋓	㋔健 千円	㋕厚 千円	㋖ 年 月
月 日	円	円	円	㋛ 円	㋜ 年 月	㋡ 円
㋗ 月 日	㋘ 円	㋙ 円	㋚ 円	㋝ 円	㋞ 円	昇・降 円 年 月
月 日	円	円	円	㋟健 千円	㋠厚 千円	理由
㋐	㋑	㋒	㋓	㋔健 千円	㋕厚 千円	㋖ 年 月
月 日	円	円	円	㋛ 円	㋜ 年 月	㋡ 円
㋗ 月 日	㋘ 円	㋙ 円	㋚ 円	㋝ 円	㋞ 円	昇・降 円 年 月
月 日	円	円	円	㋟健 千円	㋠厚 千円	理由
㋐	㋑	㋒	㋓	㋔健 千円	㋕厚 千円	㋖ 年 月
月 日	円	円	円	㋛ 円	㋜ 年 月	㋡ 円
㋗ 月 日	㋘ 円	㋙ 円	㋚ 円	㋝ 円	㋞ 円	昇・降 円 年 月
月 日	円	円	円	㋟健 千円	㋠厚 千円	理由
㋐	㋑	㋒	㋓	㋔健 千円	㋕厚 千円	㋖ 年 月
月 日	円	円	円	㋛ 円	㋜ 年 月	㋡ 円
㋗ 月 日	㋘ 円	㋙ 円	㋚ 円	㋝ 円	㋞ 円	昇・降 円 年 月
月 日	円	円	円	㋟健 千円	㋠厚 千円	理由

社会保険労務士記載欄

※ 降給の場合は理由をご記入ください。

※ 役員報酬が下がった場合は議事録を添付してください。

年　月　日　提出

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電　話	

受付日付印