

健康保険標準賞与額累計申出書

被 保 険 者	フリガナ 氏 名	ヨコハマ イチロウ 横浜 一郎	性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 37 年 9 月 10 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
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院 川崎市川崎区〇〇-× ()	令和 2 年 6 月 30 日	3,200 千円
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 総合病院 横浜市西区××-× ()	令和 2 年 12 月 10 日	1,200 千円
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 総合病院 横浜市西区××-× ()	令和 2 年 3 月 1 日	2,400 千円
累計額		6,800 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。
令和 **2** 年 **3** 月 **5** 日提出

出
(事業主)
事業所所在地 〒●●●-××××
横浜市西区××-×
事業所名称 総合病院 (印)
事業主氏名 **神奈川 康夫**

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 **2** 年 **3** 月 **5** 日提出

(被保険者)
住所 〒●●●-△△△△
横浜市中区〇〇 ××-×
氏名 **横浜 一郎** (印)

【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。)
- ◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は省略できます。
- ◎ 事業主本人が自ら署名する場合には、事業主本人の押印は省略できます。

