

常務理事	事務長			担当者
------	-----	--	--	-----

「健康保険標準賞与累計申出書」は、同一年度内で複数の被保険者期間があり、標準賞与額の年度累計額が上限額573万円を超える旨の申し出が、**被保険者よりあった場合、事業主より提出いただく**ことにより、基準賞与額の決定(訂正)及び保険料の調整を行います。

正

健康保険標準賞与額累計申出書

記入例

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・令和 〇年 〇月 〇日				

事業所名称・所在地 (事業所記号・被保険者番号)	賞与支払年月日	標準賞与額
(株)クリーンダスキン 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇-〇 (123-0000)	令和 元年 〇月 〇日	1,500 千円
(株)ハッピーダスキン 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇-〇 (456-0000)	令和 元年 〇月 〇日	2,150 千円
(株)フレッシュダスキン 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇-〇 (789-0000)	令和 元年 〇月 〇日	2,100 千円
累計額		5,750 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 元 年 〇 月 〇 日 提出

事業主
事業所所在地 〒 000-0000
〇〇県〇〇市〇〇-〇
事業所名称 (株)フレッシュダスキン
事業主名 代表取締役 島大作
電話 00 (0000) 0000

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 元 年 〇 月 〇 日 提出

被保険者
住所 〒 000-0000
〇〇県〇〇市〇〇-〇
氏名 健保 太郎
電話 00 (0000) 0000

【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、ダスキン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。)
- ※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。



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 ・ 令和	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。

令和 年 月 日

ダスキン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。

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方社会保険事務局内）に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会（厚生労働省内）に再審査請求できます。

なお、この決定の取消の訴えは、再審査請求の裁決を得た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3ヶ月を経過しても裁決がないときや、決定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、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6ヵ月以内に、国を被告（代表者は法務大臣）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

〔 事業所所在地 〒 - 〕

事業主
事業所名称

〔 事業主名

電話 ()

〔 住所 〒 - 〕

被
保
険
者
氏名

〔 電話 ()

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名（サイン）をご記入ください。