

健康保険 被保険者標準報酬月額変更届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

事業所記号

被保険者番号	被 保 険 者 氏 名			生 年 月 日			性別	従前の報酬月額	改定年月	従前の改定月					
報 酬 月 額								3 カ 月 総 計		備 考 欄					
算定対象月の報酬支払基礎日数	通貨によるものの額		現物によるものの額		合 計			平 均 額	区 分						
決定後の標準報酬月額															
番号	氏名			昭平令	年	月	日	男・女	従前月額	千円	年	月	年 月		
支払基礎日数	前3月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	総計	円	修正平均額	円	円	円
	前2月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	平均額	円		円	円	円
	前1月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	決定月額	千円		円	円	円
										<input type="checkbox"/> 短時間労働者(特定適用事業所) ※該当する場合 <input checked="" type="checkbox"/> してください。					
番号	氏名			昭平令	年	月	日	男・女	従前月額	千円	年	月	年 月		
支払基礎日数	前3月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	総計	円	修正平均額	円	円	円
	前2月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	平均額	円		円	円	円
	前1月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	決定月額	千円		円	円	円
										<input type="checkbox"/> 短時間労働者(特定適用事業所) ※該当する場合 <input checked="" type="checkbox"/> してください。					
番号	氏名			昭平令	年	月	日	男・女	従前月額	千円	年	月	年 月		
支払基礎日数	前3月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	総計	円	修正平均額	円	円	円
	前2月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	平均額	円		円	円	円
	前1月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	決定月額	千円		円	円	円
										<input type="checkbox"/> 短時間労働者(特定適用事業所) ※該当する場合 <input checked="" type="checkbox"/> してください。					
番号	氏名			昭平令	年	月	日	男・女	従前月額	千円	年	月	年 月		
支払基礎日数	前3月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	総計	円	修正平均額	円	円	円
	前2月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	平均額	円		円	円	円
	前1月目	月	日	通貨によるもの	円	現物によるもの	円	合	円	決定月額	千円		円	円	円
										<input type="checkbox"/> 短時間労働者(特定適用事業所) ※該当する場合 <input checked="" type="checkbox"/> してください。					

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄

令和 年 月 日提出

受付年月日

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電 話 () 局 番

頁番号