

正

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

### 健康保険 標準賞与額累計申出書

被保険者欄	署名 氏名	下記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。 令和 年 月 日 (フリガナ) (氏名) ①			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女	

賞与支給内容	賞与を支給した事業所	賞与支払年月日	標準賞与額 ※千円未満を切捨てた額
	(記号番号) —	令和 年 月 日	千円
	(名称)		
	(所在地)		
(記号番号) —	令和 年 月 日	千円	
(名称)			
(所在地)			
(記号番号) —	令和 年 月 日	千円	
(名称)			
(所在地)			
標準賞与累計額			千円

※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。

受付年月日

事業所欄	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。	
	(所在地)	〒 —
	(名称)	
	(事業主)	①
(電話)	( )	

#### 【記入上の注意】

- 標準賞与額の申出は、4月1日から翌年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。

副

## 健康保険 標準賞与額決定通知書（訂正）

被 保 険 者 欄	署 名 氏 名	(フリガナ) (氏 名)	令和 年 月 日
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別 男 ・ 女

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

東京都ニット健康保険組合理事長

この決定通知書を受け取りましたら、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。

この通知書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3カ月以内に文書または口頭で、社会保険審査官(地方厚生局内)に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定の謄本が送付された日の翌日から起算して2カ月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、再審査請求の判決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から2カ月を経過しても判決がないときや、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、判決を経なくても提起できます。この訴えは、判決の送達を受けた日の翌日から起算して6カ月以内に、当健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、判決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

事 業 所 欄	(所在地)	〒	-
	(名 称)		
	(事業主)		
	(電 話)	(	)