

常務理事	事務長	グループ統括	課長	係長	担当

健康保険標準賞与額累計申出書

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

事業所名称・所在地 (資格喪失年月日)	賞与支払年月日	標準賞与額
(令和 年 月 日喪失)	令和 年 月 日	千円
(令和 年 月 日喪失)	令和 年 月 日	千円
(令和 年 月 日喪失)	令和 年 月 日	千円
累計額		千円

- この申出により、組合台帳に記録されている標準賞与額と照合を行い、申出を行った事業主に対し前事業所の標準賞与額をお知らせします。
- 上記申出の標準賞与額と組合台帳の記録が異なる場合には、事業主から本人に確認をしてください。

〈事業主〉

〈被保険者〉

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	年 月 日提出
事業所 〒	—
所在地	
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電 話	— —

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	年 月 日提出
住 所 〒	—
氏 名	
電 話	— —

【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、海空運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。)