

正

健康保険 被保険者報酬月額変更届

記入例

取消届

「取消届」と赤字で記入してください

届書コード 2 2 1	処理区分 *	届書	社会保険労務士記載欄										
厚生年金保険事業所整理記号 新	T	3	C	D	健康保険被保険者証の記号 1 5 0								
⑦健康保険被保険者の番号	①被保険者の氏名			②生年月日			③種別	④従前の標準報酬月額		⑤従前の改定月・原因			
⑧算定対象月の報酬支払基礎日数	報酬月額						⑥3カ月の総計		⑦改定年月		⑧備考		
	⑨金銭(通貨)によるものの額		⑩現物によるものの額		⑪合計		⑫平均額		⑬修正平均額		⑭遡及支払額 昇(降)給差の月額		
健康証番号(厚年整理番号)		氏名			生年月日			種別	健康の従前	厚年の従前	※ 年 月		
1		小島 一義			昭5 63 12 10			1	200	200	備考		
支払基礎日数	4 31	235,000		5,200		240,200		720,600	1 7		遡及支払額		
	5 30	235,000		5,200		240,200		240,200			昇(降)給差		
	6 31	235,000		5,200		240,200		240	240		昇(降)給月 1 年 4 月 固定給の変動がなかった		
健康証番号(厚年整理番号)		氏名			生年月日			種別	健康の従前	厚年の従前	※ 年 月		
					昭5 平7			1・2			取消理由を記入してください		
支払基礎日数											昇(降)給差		
											昇(降)給月 年 月		
											送信		

誤った届出内容を赤字で記入してください
 ※上がり・下がりにかかわらず、変更の1ヵ月前から変更後3ヵ月(最低4ヵ月分)の賃金台帳を添付してください

取消理由を記入してください

東京不動産健康保険組合

事業所所在地 〒 160 - 0000 新宿区新宿 0-0-0

名称 ウェルセット不動産 株式会社

事業主氏名 不動産 一雄

電話番号 03 (0000) 局 0000 番

令和 1 年 7 月 10 日 提出

受付日付印

◎※印欄は、記入しないでください。
 ◎記入方法は3枚目に記載してあります