

常務理事		課長	課長補佐	係長	担当者

正

## 健康保険 標準賞与額累計申出書

被 保 険 者	記号・番号	—	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別 男・女

事業所名称 (被保険者証記号・番号)	賞与支払年月日 (4月1日～翌年3月31日の間)	標準賞与額
( — )	平成 年 月 日	千円
( — )	平成 年 月 日	千円
( — )	平成 年 月 日	千円
累計額		千円

- この申出により、標準賞与額の上限（年度内540万円）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。

### （事業主）

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。

平成 年 月 日提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ④

電話番号 ( )

### （被保険者）

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

平成 年 月 日提出

〒 —

住所

氏名 ④

電話番号 ( )

### 【記入上の注意】

- ◎同一事業所（同じ記号番号）で受けた賞与については、限度額を超えてもこの申出書の提出は不要です。
- ◎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、累計できるのは旅行業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。

-----受付目付印-----

副

## 健康保険 標準賞与額決定通知書（訂正）

被 保 険 者	記号・番号	—	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別

賞与支払年月日	平成	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。

平成 年 月 日

旅行業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。

（事業主）

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	様
電話番号	( )

（被保険者）

住所	〒 —
氏名	様
電話番号	( )

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ヶ月以内に、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、裁決の日から1年を経過すると訴えを