

課長	課長補佐	課員

正

健康保険 標準賞与額累計申出書

被保険者	フリガナ氏名	○○○ ○○○				生年月日	昭和 45 年 12 月 5 日
		○○ ○○					平成
被保険者証の記号	9 9 9 9	被保険者証の番号	6 7 8 9	※	特記事項		

事業所名称・所在地 (被保険者証の記号・被保険者証の番号)	賞与支払年月日	標準賞与額
○○サービス株式会社 東京都○○市○○町3-5-24 (10 - 2388)	令和 02 年 6 月 10 日	2,000 千円
○○○○株式会社 東京都○○区○○町1-2-3 (9999-56789)	令和 02 年 12 月 10 日	2,000 千円
★○○○○株式会社 東京都○○区○○町1-2-3 (9999-56789)	令和 03 年 3 月 20 日	1,750 千円
累計額		5,750 千円

- この申出により、標準賞与額の上限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。

★の事業主が提出してください。

上記について被保険者から申出がありましたので提出します。
令和 3 年 3 月 25 日 提出

(事業主)

事業所所在地 〒 111 - 1111
東京都○○区○○町1-2-3

事業所名称 ○○○○ 株式会社
代表取締役社長

事業主氏名 ○○ ○○○

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 3 年 3 月 21 日 提出

(被保険者)

住所 〒 333 - 3333
神奈川県○○市○○町4-5-6

氏名 ○○ ○○

【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、東京都食品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。)