

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 險 者	フリガナ 氏名									生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者 記号					被保険者 番号					※ 特記事項			

事業所名称・所在地 (被保険者の記号・番号)	賞与支払年月日	標準賞与額
()	令和 年 月 日	千円
()	令和 年 月 日	千円
()	令和 年 月 日	千円
累計額		千円

1. 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。

2. 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。

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 年 月 日 提出 事業所所在地 〒 ー 事業所名称 (事業主氏名 主電話番号 ())	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 〒 ー 氏 名 (被 保 險 者 者) 電話番号 ()
--	--

【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。)

副

健康保険 標準賞与額決定通知書（訂正）

被 保 険 者	フリガナ 氏 名									生年月日	昭 和 平成	年	月	日
		被保険者 記 号				被保険者 番 号								
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

東京都食品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。

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ヶ月以内に文書または口頭で、社会保険審査官（地方厚生局）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2ヶ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、この決定の取り消しの訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があつた日から2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、日本年金機構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提起できません。

問合せ先 業務部業務第一課 電 話 03（3833）5152