

(事業所)
所在地 名称 事業主

事業所記号

常務理事	事務長	業務課長	係

令和 年 月 日 提出

<b>正</b>	<b>健康保険 被保険者報酬月額変更届</b>	健保事務担当者確認欄 <input type="checkbox"/>
----------	-------------------------	-------------------------------------

1	① <input type="checkbox"/> 短時間労働者 被保険者番号		② カガナ 氏名 (氏) (名)		③ 生年月日・性別 1. 男 2. 女		④ 年齢		備考		
	5. 昭和 年 月 日		7. 平成 年 月 日		歳						
	⑤ 報酬の支給状況		⑦ 金銭		⑧ 現物		⑨ 合計			⑥ 総計	
	支給月 月 日		基礎日数 日		円		円			円	
	月 日		円		円		円			円	
	月 日		円		円		円			円	
⑩ 従前の標準報酬月額		千円		⑪ 改定後の標準報酬月額		千円		⑫ 給与締切日 支払日		締日 (月給者以外) 支払日 (月給者以外)	
								日		□ 当月 日 □ 翌月 日	
⑬ 月額変更する理由 (昇・降給の理由等)											

2	① <input type="checkbox"/> 短時間労働者 被保険者番号		② カガナ 氏名 (氏) (名)		③ 生年月日・性別 1. 男 2. 女		④ 年齢		備考		
	5. 昭和 年 月 日		7. 平成 年 月 日		歳						
	⑤ 報酬の支給状況		⑦ 金銭		⑧ 現物		⑨ 合計			⑥ 総計	
	支給月 月 日		基礎日数 日		円		円			円	
	月 日		円		円		円			円	
	月 日		円		円		円			円	
⑩ 従前の標準報酬月額		千円		⑪ 改定後の標準報酬月額		千円		⑫ 給与締切日 支払日		締日 (月給者以外) 支払日 (月給者以外)	
								日		□ 当月 日 □ 翌月 日	
⑬ 月額変更する理由 (昇・降給の理由等)											

3	① <input type="checkbox"/> 短時間労働者 被保険者番号		② カガナ 氏名 (氏) (名)		③ 生年月日・性別 1. 男 2. 女		④ 年齢		備考		
	5. 昭和 年 月 日		7. 平成 年 月 日		歳						
	⑤ 報酬の支給状況		⑦ 金銭		⑧ 現物		⑨ 合計			⑥ 総計	
	支給月 月 日		基礎日数 日		円		円			円	
	月 日		円		円		円			円	
	月 日		円		円		円			円	
⑩ 従前の標準報酬月額		千円		⑪ 改定後の標準報酬月額		千円		⑫ 給与締切日 支払日		締日 (月給者以外) 支払日 (月給者以外)	
								日		□ 当月 日 □ 翌月 日	
⑬ 月額変更する理由 (昇・降給の理由等)											

4	① <input type="checkbox"/> 短時間労働者 被保険者番号		② カガナ 氏名 (氏) (名)		③ 生年月日・性別 1. 男 2. 女		④ 年齢		備考		
	5. 昭和 年 月 日		7. 平成 年 月 日		歳						
	⑤ 報酬の支給状況		⑦ 金銭		⑧ 現物		⑨ 合計			⑥ 総計	
	支給月 月 日		基礎日数 日		円		円			円	
	月 日		円		円		円			円	
	月 日		円		円		円			円	
⑩ 従前の標準報酬月額		千円		⑪ 改定後の標準報酬月額		千円		⑫ 給与締切日 支払日		締日 (月給者以外) 支払日 (月給者以外)	
								日		□ 当月 日 □ 翌月 日	
⑬ 月額変更する理由 (昇・降給の理由等)											

**注意**  
<この届出書は固定的賃金の変動により報酬に大幅な変動があった場合に提出します>  
○昇給・降給により固定的賃金に変動があり(日給から月給など賃金体系の変更も含む)、固定的賃金に変動があった月以降3ヶ月すべての「給与計算の基礎日数」が17日以上(短時間労働者の場合11日)あるときに、改定後と改定前の標準報酬月額を比較し2等級以上の差が生じている場合に月額変更となります。  
○この届出書は正・副を作成して下さい。事業主欄の事業主印は省略することができます。  
○健保事務担当者確認欄は必ず印を付けて下さい。

受付印
処理年月日

令和4年5月改訂版

(事業所)	
所在地 名称 事業主	殿

事業所記号		
-------	--	--

〒310-0022
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270
茨城県農協健康保険組合 理事長

副 健康保険 被保険者報酬月額決定通知書

1	① <input type="checkbox"/> 短時間労働者	②	③	④	⑤		⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	備考
	被保険者番号	フリガナ 氏名	(氏)	(名)	5. 昭和	1. 男	2. 女	④年齢	年 月 日		歳							
	⑤ 報酬の支給状況	支給月	基礎日数	⑦金銭	⑧現物	⑨合計	⑥総計	⑦平均額	⑧修正平均	⑨改定年月	令和	年	月					
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
⑩ 従前の標準報酬月額		千円	⑪ 改定後の標準報酬月額		千円	⑫ 給与締切日 支払日		締日 (月給者以外)		支払日 (月給者以外)								
								日		<input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日								
⑬ 月額変更する理由 (昇・降給の理由等)																		

2	① <input type="checkbox"/> 短時間労働者	②	③	④	⑤		⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	備考
	被保険者番号	フリガナ 氏名	(氏)	(名)	5. 昭和	1. 男	2. 女	④年齢	年 月 日		歳							
	⑤ 報酬の支給状況	支給月	基礎日数	⑦金銭	⑧現物	⑨合計	⑥総計	⑦平均額	⑧修正平均	⑨改定年月	令和	年	月					
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
⑩ 従前の標準報酬月額		千円	⑪ 改定後の標準報酬月額		千円	⑫ 給与締切日 支払日		締日 (月給者以外)		支払日 (月給者以外)								
								日		<input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日								
⑬ 月額変更する理由 (昇・降給の理由等)																		

3	① <input type="checkbox"/> 短時間労働者	②	③	④	⑤		⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	備考
	被保険者番号	フリガナ 氏名	(氏)	(名)	5. 昭和	1. 男	2. 女	④年齢	年 月 日		歳							
	⑤ 報酬の支給状況	支給月	基礎日数	⑦金銭	⑧現物	⑨合計	⑥総計	⑦平均額	⑧修正平均	⑨改定年月	令和	年	月					
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
⑩ 従前の標準報酬月額		千円	⑪ 改定後の標準報酬月額		千円	⑫ 給与締切日 支払日		締日 (月給者以外)		支払日 (月給者以外)								
								日		<input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日								
⑬ 月額変更する理由 (昇・降給の理由等)																		

4	① <input type="checkbox"/> 短時間労働者	②	③	④	⑤		⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	備考
	被保険者番号	フリガナ 氏名	(氏)	(名)	5. 昭和	1. 男	2. 女	④年齢	年 月 日		歳							
	⑤ 報酬の支給状況	支給月	基礎日数	⑦金銭	⑧現物	⑨合計	⑥総計	⑦平均額	⑧修正平均	⑨改定年月	令和	年	月					
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
		月	日	円	円	円	円	円	円	令和	年	月						
⑩ 従前の標準報酬月額		千円	⑪ 改定後の標準報酬月額		千円	⑫ 給与締切日 支払日		締日 (月給者以外)		支払日 (月給者以外)								
								日		<input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日								
⑬ 月額変更する理由 (昇・降給の理由等)																		

○上記のとおり報酬月額を改定したので通知します。保険料が変更される旨、被保険者へお知らせ下さい。

この処分に不服があるときは、処分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(地方厚生局内)に対して審査請求をすることができます。(また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。)  
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)  
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分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、審査請求の決定を経なくても提起することができます。