

ご注意

用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれないようにご記入ください。

被保険者整理番号をご記入ください。

事業所番号をご記入ください。

健康保険 被保険者報酬月額変更届

事業所番号 180 東 WPX 阪基0238 101184

被保険者番号	氏名	生年月日	種別	健康保険の従前	千円	厚年の従前	千円	備考
28	基金 次郎	5 28 05 02 5		590		590		
支払 1 月 31 日				975,000	0	975,000	2,925,000	24 4
支払 2 月 28 日				975,000	0	975,000	975,000	400,000
支払 3 月 31 日				975,000	0	975,000	980	24 年 1 月
日額 1 月 1 日								
日額 2 月 1 日								
日額 3 月 1 日								
35	基金 花子	5 59 05 06 6		200		200		
支払 1 月 31 日				320,000	8,880	328,880	866,640	24 4
支払 2 月 28 日				260,000	8,880	268,880	288,880	268,880
支払 3 月 31 日				260,000	8,880	268,880	260	住宅
日額 1 月 1 日								
日額 2 月 1 日								
日額 3 月 1 日								

事業所 540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5
 大阪薬業厚生年金基金
 理事長 薬業 一郎
 06 (6945) 局 1021

各月給与の支払いの対象となった日数をご記入ください。月給者は歴日数、時給・日給者は出勤日数になります。ただし月給者でも欠勤分だけ給与が差し引かれる方は、就業規則等に定められた日数より欠勤日数を除いた日数になります。
(17日未満の月がある場合、月額変更届の対象にはなりません。)

固定・非固定的賃金関係なくすべての金銭の額をご記入ください。
(昇給が遡った場合なども、その額を含めてご記入ください。また備考欄にもその旨をご記入ください。)

食事・住宅・定期券等通貨以外のものをご記入ください。通貨以外のものは「厚生労働大臣が定める現物給与の価格」に基づいて換算してください。

3ヶ月の報酬④の合計をご記入ください。

遡及支払額 : 対象月内の報酬の内、対象月以外の報酬。
昇(降)給差の月額 : 昇(降)給等した月額。
昇(降)給月 : 昇(降)給分や遡及分の支払いが行われた月。
例 平成 24 年 1 月に昇給し、1 月分に差額 60,000 円が含まれた場合。

遡り昇給等で差額が支払われた場合。④から昇給差額分を除いて3で割った額で1円未満切り捨ての額をご記入ください。
例 (866,640 円 - 60,000 円) ÷ 3 ヶ月 = 268,880 円

④を3で割った額で1円未満切り捨ての額をご記入ください。

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。