健康保険　　# 標準賞与額累計申出書

事業主欄		
	事業所記号	提出日：令和　　年　　月　　日
	事業所所在地	〒　　－
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	（　　）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

申出者署名欄

標準賞与額の累計額を申出します。

パレット健康保険組合　理事長あて　　令和　　年　　月　　日

住　　所　〒　　－

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

電 話 番 号　　（　　）

被保険者	番号		氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	性別	1. 男性 2. 女性	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日

標準賞与額

事業所名称				事業所所在地									
記号		番号		賞与支払年月日	9. 令和		年		月		日	標準賞与額	千円
事業所名称				事業所所在地									
記号		番号		賞与支払年月日	9. 令和		年		月		日	標準賞与額	千円
事業所名称				事業所所在地									
記号		番号		賞与支払年月日	9. 令和		年		月		日	標準賞与額	千円
累計額													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には、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、訂正を行います。
・上記の賞与額について、事業主に対し確認することがあります。

【記入上のご注意】
※4 月 1 日から翌年 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。（但し、パレット健康保険組合の被保険者期間に決定された賞与額に限ります）

常務理事	事務長			担当

パレット健康保険組合