健康保険被保険者資格取得時の報酬月額訂正届

健康保険被保険者証の記号		取得届に記載した 月額を記入			理由を必ず記入		健 保 組 合		
被保険者証の 番号	被保険者氏名	資格取得日 令和 年 月 日	変更前の 標準報酬月額 千円	報酬 月額 千円	1. 金銭によるものの額 2. 現物によるものの額 3. 合 計		変更後の 標準報酬月額 千円	訂正理由	健 保 組 合
									事務長
12345	西武 太郎	○ ○ ○	160	1 2 3			190	通勤手当を見込んでいなかったため	事務長
		令和 年 月 日	千円	1 2 3			千円		
		令和 年 月 日	千円	1 2 3			千円		
		令和 年 月 日	千円	1 2 3			千円		取扱者
		令和 年 月 日	千円	1 2 3			千円		

G01202105

事業所の 所在地 名称 事業主氏名	埼玉県所沢市くすのき台1-11-1 ○○○○株式会社 ○○○○○
----------------------------	--

健保受付年月日

本社担当者および
本社責任者が押印

事業所	所属
印	印
所属担当者および 所属責任者が押印	
印	印