

常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険 被保険者報酬月額変更届

届書コード	処理区分
221	※

事業所記号	20	算定基礎届通番
-------	----	---------

⑦ 被保険者証の番号	⑧ 被保険者氏名	⑨ 生年月日	⑩ 種別	⑪ 従前の標準報酬月額	⑫ 従前の改定月・原因
報酬月額		⑬ 3ヶ月の総計		⑭ 改定年月	⑮ 備考 [通及支払額 并(除)給達の月額 并(除)給月]
⑯ 算定対象月の報酬支払基礎日数	⑰ 通貨によるものの額	⑱ 現物によるものの額	⑲ 合計	⑳ 修正平均額	
⑳ ※決定後の標準報酬月額		㉑ ※作成原因		㉒ 年月	
㉓ 213	㉔ 神戸 太郎	㉕ 5 42 06 08	㉖ 健	㉗ 200 千円	㉘ 厚
7月31日	300,000 円	0 円		㉙ 900,000 円	㉚ 1年10月
8月31日	300,000 円	0 円		㉛ 300,000 円	
9月30日	300,000 円	0 円		㉜ 健 300 千円	㉝ 厚
㉞		㉟		㊱ 健	㊲ 厚
月日	円	円		円	年 月
月日	円	円		円	年 月
月日	円	円		円	年 月
㊳		㊴		㊵ 健	㊶ 厚
月日	円	円		円	年 月
月日	円	円		円	年 月
月日	円	円		円	年 月
㊷		㊸		㊹ 健	㊺ 厚
月日	円	円		円	年 月
月日	円	円		円	年 月
月日	円	円		円	年 月
㊻		㊼		㊽ 健	㊾ 厚
月日	円	円		円	年 月
月日	円	円		円	年 月
月日	円	円		円	年 月

社会保険労務士記載欄
(印)

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 650 - 0000
事業所名称	神戸市〇〇区..... □□株式会社
事業主氏名	代表取締役 東京 一郎
電話	078 (〇〇〇) 局 ×××× 番

◎※印欄は、記入しないでください。
◎記入方法並びに印字されている数字の説明が裏面にありますので、よく読んで記入してください。