

健康保険 被保険者報酬月額算定基礎届(定時決定)

事業所記号		令和 年 月 日 提出	昇給月 月	支払月 月
-------	--	-------------	-------	-------

⑦ 健康保険被保険者証の番号	① 被保険者の氏名	⑦ 性別	支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計	平均額 ④ { ⑤の平均額+ ①の12分の1	⑤ 備考
⑦ 算定基礎月の報酬支払基礎日数	⑤ 通貨によるものの額	⑦ 現物によるものの額	⑦ 合計	⑤ 従前の標準報酬月額	⑤ ※決定後の標準報酬月額
④	①	⑦ 1男・2女	⑤	④	⑤ ① 7月1日前1年間の共済推進手当等の総額
4月 日	円	円	円	円	円
5月 日	円	円	円	千円	千円
6月 日	円	円	円		
					推進手当年額 円
④	①	⑦ 1男・2女	⑤	④	⑤ ① 7月1日前1年間の共済推進手当等の総額
4月 日	円	円	円	円	円
5月 日	円	円	円	千円	千円
6月 日	円	円	円		
					推進手当年額 円
④	①	⑦ 1男・2女	⑤	④	⑤ ① 7月1日前1年間の共済推進手当等の総額
4月 日	円	円	円	円	円
5月 日	円	円	円	千円	千円
6月 日	円	円	円		
					推進手当年額 円
④	①	⑦ 1男・2女	⑤	④	⑤ ① 7月1日前1年間の共済推進手当等の総額
4月 日	円	円	円	円	円
5月 日	円	円	円	千円	千円
6月 日	円	円	円		
					推進手当年額 円
④	①	⑦ 1男・2女	⑤	④	⑤ ① 7月1日前1年間の共済推進手当等の総額
4月 日	円	円	円	円	円
5月 日	円	円	円	千円	千円
6月 日	円	円	円		
					推進手当年額 円

新潟県農業団体健康保険組合 御中

◎※欄は、記入しないでください。
◎記入方法をよく読んで記入してください。

〒	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

(受 付 印)