

# 健康保険 被保険者報酬月額変更届(随時改定)

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	⑧ 性別	⑤ 3ヵ月の総計	平均額 ④ { ⑤の平均額+ ①の12分の1	② 備考	
報 酬 月 額					① 最終算定月の翌月前1年間の共済推進手当等の総額	
② 算定対象月の報酬支払基礎日数	⑥ 通貨によるもの額	⑦ 現物によるもの額	⑨ 合計	③ 従前の標準報酬月額		⑩ ※標準報酬月額
				⑪ ※改定年月		
⑦	①	⑧ 1男・2女	⑤	④	推進手当年額	
月 日	円	円	円	円	円	
⑦	⑥	⑦	⑨	⑩		
月 日	円	円	円	千円		
月 日	円	円	円	千円	年 月	

⑦	①	⑧ 1男・2女	⑤	④	推進手当年額
月 日	円	円	円	円	円
⑦	⑥	⑦	⑨	⑩	
月 日	円	円	円	千円	
月 日	円	円	円	千円	年 月

⑦	①	⑧ 1男・2女	⑤	④	推進手当年額
月 日	円	円	円	円	円
⑦	⑥	⑦	⑨	⑩	
月 日	円	円	円	千円	
月 日	円	円	円	千円	年 月

⑦	①	⑧ 1男・2女	⑤	④	推進手当年額
月 日	円	円	円	円	円
⑦	⑥	⑦	⑨	⑩	
月 日	円	円	円	千円	
月 日	円	円	円	千円	年 月

⑦	①	⑧ 1男・2女	⑤	④	推進手当年額
月 日	円	円	円	円	円
⑦	⑥	⑦	⑨	⑩	
月 日	円	円	円	千円	
月 日	円	円	円	千円	年 月

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 )