

記入例

保険者算定申立に係る例年の状況、標準報酬月額と比較及び被保険者の同意等

事業所整理記号を必ず記入してください。

被保険者の氏名を記入してください。被保険者の生年月日を記入してください。

事業所名称を必ず記入してください。

被保険者整理番号を必ず記入してください。

事業所整理記号: 杉並 けま 事業所名称: 株式会社 健保産業

次の区分にしたがって該当する被保険者種別を記入してください。1: 坑内員以外の男子 2: 女子 3: 坑内員 5: 厚生年金基金加入員であつて坑内員以外の男子 6: 厚生年金基金加入員である女子 7: 厚生年金基金加入員である坑内員

各欄に前年7月～当年6月までの年月を記入してください。

被保険者整理番号: 25 被保険者の氏名: 厚年 文男 生年月日: 昭和40年6月1日 種別: 1

各月の給与支払いの対象となった日数を記入してください。...

Table with columns: 算定基礎月の報酬支払基礎日数, 通貨によるものの額, 現物によるものの額, 合計. Rows for months from July 2023 to June 2024.

食事、住宅、通勤定期券など現物給与の支給がある場合、金銭に換算して各月欄へ記入します。

通貨で支払われた報酬を各月欄に記入してください。銀行振込み等による場合も同様です。

Table for 標準報酬月額の比較欄. 従前の標準報酬月額: 300千円. 健康保険: 300千円. 厚生年金保険: 300千円.

各月の報酬額の合計額を記入しますが、支払基礎日数17日未満の月があれば、その月は記入しないで横棒を引いてください。

「前年7月～6月の報酬額等の欄」で記入した各月「合計」の総計を記入してください。

Table for 前年7月～6月の平均額. 前年7月～6月の合計額: 2,889,500円. 平均額: 262,681円. 健康保険等級: 20. 標準報酬月額: 260千円. 厚生年金保険等級: 16. 標準報酬月額: 260千円.

左欄の「前年7月～本年6月の平均額」及び「本年4月～6月の平均額」に対応する健康保険及び厚生年金保険の等級及び標準報酬月額を各欄に記入してください。

「前年7月～6月の報酬額等の欄」で記入した各月「合計」の総計を月数で割った平均額を記入してください。

Table for 本年4月～6月の平均額. 本年4月～6月の合計額: 885,000円. 平均額: 295,000円. 健康保険等級: 22. 標準報酬月額: 300千円. 厚生年金保険等級: 18. 標準報酬月額: 300千円.

左欄の「修正平均額」に対応する健康保険及び厚生年金保険の等級及び標準報酬月額を記入してください。

「前年7月～6月の報酬額等の欄」で記入した本年4月～6月の「合計」の総計を記入してください。

Table for 修正平均額. 修正平均額: 262,681円. 健康保険等級: 20. 標準報酬月額: 260千円. 厚生年金保険等級: 16. 標準報酬月額: 260千円.

「前年7月～本年6月の平均額」を記入します。ただし、滞り昇給等で昇給差額が支払われた月がある場合、「前年7月～本年6月の合計額」から昇給差額分を差し引き、月数で割った金額を記入してください。

左欄の「本年4月～6月の合計額」を月数で割った平均額を記入してください。

【標準報酬月額の比較欄】の(※)部分を裏出す場合は、以下に必ず書き込んでください。① 支払基礎日数17日未満の月の報酬額は除く。② 短時間就労者の場合は、「通常の方法で算出した標準報酬月額」(前年7月～当年6月)を17日以上の月の報酬の平均額とした場合には、「年間平均で算出した標準報酬月額」(前年7月～当年6月)を17日以上の月の報酬の平均額とする。③ 低額の休職給を受けた月、ストライキによる賃金カットを受けた月及び一時帰休に伴う休業手当等を受けた月を除く。④ 給与の支払いに遅延がある場合は、前年6月分以前に支払うべきであった給与の遅配分を前年7月～当年6月までに受けた場合は、その遅配分に当たる報酬の額を除く。⑤ この保険者算定の要件に該当する場合は、「修正平均額」には、「前年7月～本年6月の平均額」を記入。⑥ 上記①～④に該当した場合は、その旨を【備考欄】に記入。

「前年7月～本年6月の平均額」と「本年4月～6月の平均額」から導かれる等級に2等級以上の差が生じる場合は、「○」を、2等級未満の差である場合は、「×」を記入してください。ただし、「×」の場合は、この申立をすることができません。

「休職」、「一時帰休」等の表示をします。短時間就労者は、「パート」と記入してください。

【被保険者の同意欄】 私は本年の定時決定にあたり、年間報酬額の平均で決定することを希望しますので、当事業所が申立てすることに同意します。 被保険者氏名: 厚年 文男

必ず被保険者の「署名」又は「記名・押印」をお願いします。

【備考欄】 平成23年9月休職