

常務理事	事務長	係	係

健康保険標準賞与額累計申出書

被 保 険 者	記号一番号	—	フリガナ 氏 名	-----		
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別

旧事業所名称(ソニー健保加入のみ) 旧事業所退職日	賞与支払年月日	標準賞与額
令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円
令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円
令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円
累計額		千円

- この申出により、標準賞与額の上限を超えていることが確認できたときは、その内容に基づき賞与の支払があった事業主に対し標準賞与額の決定、訂正等を行います。
- 上記の標準賞与額について、事業主に対し確認することがあります。

上記について被保険者より申出がありましたので提出します。

令和 年 月 日提出

(事業主)

事業所所在地 〒 —

事業所名称

事業主氏名

電話 ()

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

令和 年 月 日提出

(被保険者)

住所 〒 —

氏名

電話 ()

【記入上の注意】

- ◎ 標準賞与額の申出欄には、4月1日～翌年3月31日に受けた賞与に基づき決定された標準賞与額を記入してください。(ただし、ソニー健保の被保険者期間中に決定された標準賞与額に限ります。)
- ◎ 標準賞与額欄には、年3回以下支払われた賞与につき、千円未満を切り捨てた額を記入してください。
- ◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は省略できます。
- ◎ 事業主本人が自ら署名する場合には、事業主本人の押印は省略できます。



※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

常務理事	事務長	係	係

健康保険標準賞与額累計申出書

被 保 険 者	記号一番号	999 - 9999	フリガナ 氏名	ケホ 知ウ ----- 健保 太郎		
	生年月日	昭和・平成	50 年	1 月	1 日	性別

旧事業所名称(ソニー健保加入のみ) 旧事業所退職日	賞与支払年月日	標準賞与額
〇〇株式会社 令和 2年 10月 31日	令和 2年 6月 10日	2.000 千円
令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円
令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円
累計額		2.000 千円

- この申出により、標準賞与額の上限を超えていることが確認できたときは、その内容に基づき賞与の支払があった事業主に対し標準賞与額の決定、訂正等を行います。
- 上記の標準賞与額について、事業主に対し確認することがあります。

上記について被保険者より申出がありましたので提出します。

令和 年 月 日提出

(事業主)
事業所所在地 〒 -
事業所名称
事業主氏名
電話 ()

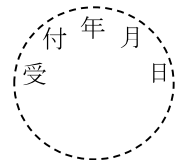
上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

令和 2年 11月 10日提出

(被保険者)
住所 〒 999 - 9999
東京都〇区〇〇9-99-999
氏名 健保 太郎
電話 999 (9999) 9999

【記入上の注意】

- ◎ 標準賞与額の申出欄には、4月1日～翌年3月31日に受けた賞与に基づき決定された標準賞与額を記入してください。(ただし、ソニー健保の被保険者期間中に決定された標準賞与額に限ります。)
- ◎ 標準賞与額欄には、年3回以下支払われた賞与につき、千円未満を切り捨てた額を記入してください。
- ◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は省略できます。
- ◎ 事業主本人が自ら署名する場合には、事業主本人の押印は省略できます。



※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059