

| | | | |
|------|-----|---|---|
| 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 | 大正・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 |
|------------------------------|----------|-------|
| 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 千円 |
| 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 千円 |
| 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 千円 |
| 累計額 | | 千円 |

1. 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。
2. 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。

平成 年 月 日提出

(事業主)

事業所所在地 〒 —

事業所名称 (印)

事業主氏名

電話 () 局 番

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

平成 年 月 日提出

(被保険者)

住所 〒 —

氏名 (印)

電話 () 局 番

【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。



【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11F 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 - 999999 | フリガナ氏名 | ケンポ 知ウ ----- 健保 太郎 |
| | 生年月日 | 大正 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 |
|-------------------------------|------------------|--------------------------------|
| ソニー健保株式会社 平成 24 年 10 月 1 日 | 平成 24 年 6 月 10 日 | 2.000 <small>千円</small> |
| 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | <small>千円</small> |
| 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | <small>千円</small> |
| 累計額 | | 2.000 <small>千円</small> |

1. 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。
2. 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。

平成 年 月 日提出

(事業主)

事業所所在地 〒 -

事業所名称 (印)

事業主氏名

電話 () 局 番

上記について確認し、標準賞与額の累計額を申出します。

平成 24 年 11 月 10 日提出

(被保険者)

住所 〒 141 - 0001
東京都品川区北品川 5 - 1 1 - 3

氏名 健保 太郎 (印)

電話 050 (3807) 局 5059 番

【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。



【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11F ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059