

事務センター長 所 長	副事務センター長 所 長	グループ長 課 長	担当者

健康保険 被保険者報酬月額変更届
厚生年金保険

届書コード 221 ※ 届書

事業所整理記号 シヤヨー777 社労士コード

月額変更届通番

㊦ 被保険者整理番号	㊥ 被保険者の氏名	㊧ 生年月日	㊨ 種別	㊩ ㊪ 従前の標準報酬月額	㊫ 従前の改定月・原因
報 酬 月 額				㊬ 3ヵ月の総計	㊭ 改定年月
㊮ 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	㊱ 合計	㊲ 平均額	㊳ 修正平均額
				㊴ ※決定後の標準報酬月額	㊵ ※作成原因
㊦ 10	㊥ 沢田 美也子	㊧ 5-541119	㊨ 6	㊩ 健 260千円	㊫ 厚 260千円
㊮ 4:31	㊯ 310,000円	㊰ 0円	㊱ 310,000円	㊲ 930,000円	㊳ 27年 07月
㊮ 5:30	㊯ 310,000円	㊰ 0円	㊱ 310,000円	㊲ 310,000円	㊵ 〇
㊮ 6:31	㊯ 310,000円	㊰ 0円	㊱ 310,000円	㊲ 健 千円	㊳ 厚 千円
㊦	㊥	㊧	㊨	㊩ 健 千円	㊫ 厚 千円
㊮	㊯	㊰	㊱	㊲	㊳
㊮	㊯	㊰	㊱	㊲ 健 千円	㊳ 厚 千円
㊦	㊥	㊧	㊨	㊩ 健 千円	㊫ 厚 千円
㊮	㊯	㊰	㊱	㊲	㊳
㊮	㊯	㊰	㊱	㊲ 健 千円	㊳ 厚 千円
㊦	㊥	㊧	㊨	㊩ 健 千円	㊫ 厚 千円
㊮	㊯	㊰	㊱	㊲	㊳
㊮	㊯	㊰	㊱	㊲ 健 千円	㊳ 厚 千円
㊦	㊥	㊧	㊨	㊩ 健 千円	㊫ 厚 千円
㊮	㊯	㊰	㊱	㊲	㊳
㊮	㊯	㊰	㊱	㊲ 健 千円	㊳ 厚 千円

社会保険労務士記載欄

平成 27年 7月 10日 提出

受付日付印

事業所所在地 〒 150 0002 東京都渋谷区渋谷1-2-3
 事業所名称 渋谷センタービル
 事業主氏名 株式会社ABC
 電 話 北村 浩一
 03-3333-1234 ()局 番

※印欄は、記入しないでください。
 ◎記入方法並びに印字されている数字の説明が裏面にありますので、よく読んで記入してください。