

健康保険 被保険者報酬月額 変更届

北越コーポレーション健康保険組合 御中

事業所記号				常務理事	事務長	担当者	担当者		
被保険者証番号		被保険者氏名		生年月日		性別		従前月額 (千円)	
				昭和 平成 令和	年	月	日	男 1 女 2	
報酬月額				3ヶ月の総計 (円)				備考	
支払対象月	金銭による額 (円)		現物による額 (円)	合計 (円)		平均額 (円)			
報酬支払基礎日数									
月	日			0		決定後月額 (千円)		改定年月	
月	日			0				令和 年 月	
月	日			0					
被保険者証番号		被保険者氏名		生年月日		性別		従前月額 (千円)	
				昭和 平成 令和	年	月	日	男 1 女 2	
報酬月額				3ヶ月の総計 (円)				備考	
支払対象月	金銭による額 (円)		現物による額 (円)	合計 (円)		平均額 (円)			
報酬支払基礎日数									
月	日			0		決定後月額 (千円)		改定年月	
月	日			0				令和 年 月	
月	日			0					
被保険者証番号		被保険者氏名		生年月日		性別		従前月額 (千円)	
				昭和 平成 令和	年	月	日	男 1 女 2	
報酬月額				3ヶ月の総計 (円)				備考	
支払対象月	金銭による額 (円)		現物による額 (円)	合計 (円)		平均額 (円)			
報酬支払基礎日数									
月	日			0		決定後月額 (千円)		改定年月	
月	日			0				令和 年 月	
月	日			0					

令和 年 月 日提出

北越コーポレーション(株)使用欄	
新潟	長岡 市川 勝田 紀州 大阪 本社
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主名	g
電話番号	TEL:

受付日付印