

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

健康保険 被保険者報酬月額算定基礎届
厚生年金保険 訂正届

届書コード 処理区分
225 ※ 届

事業所整理記号	社労士コード	算定基礎届通番
---------	--------	---------

⑦ 被保険者整理番号	① 被保険者氏名	② 生年月日	③ 種別	④ 従前の標準報酬月額	⑤ 従前の改定月・原因
⑦ 算定基礎月の報酬支払基礎日数	⑦ 通貨によるものの額	⑧ 現物によるものの額	⑨ 合計	⑥ 支払基礎日数17以上の月の報酬月額の総計 ⑦ 平均額	⑧ 適用年月
				⑧ 修正平均額	⑨ 備考 [遡及支払額 昇(降)給の月額 率(率)結月]
				⑩ ※決定後の標準報酬月額	⑩ ※改定予定月 ⑪ ※作成原因

④ 123	① 保険太郎	② 5-540321	③ 健	④ 170	⑤ 厚 170	⑥ 年 月
4月 日	174,000 円	0 円	174,000 円	⑥ 525,000 円	⑦ 27年 9月	円 月
⑦ 5月 日	176,000 円	0 円	176,000 円	⑦ 175,000 円	⑧ 誤	年 月
6月 日	175,000 円	0 円	175,000 円	⑧ 健	⑨ 厚	円 月
④ 123	① 保険太郎	② 5-420321	③ 健	④ 170	⑤ 厚 170	⑥ 年 月
4月 日	174,000 円	0 円	174,000 円	⑥ 524,000 円	⑦ 27年 9月	円 月
⑦ 5月 日	176,000 円	0 円	176,000 円	⑦ 174,666 円	⑧ 正	年 月
6月 日	174,000 円	0 円	174,000 円	⑧ 健	⑨ 厚	円 月
④	①	②	③ 健	④ 厚	⑤ 年 月	円 月
月 日	円	円	円	円	⑦ 年 9月	円 月
⑦ 月 日	円	円	円	円	⑧	年 月
月 日	円	円	円	⑧ 健	⑨ 厚	円 月
④	①	②	③ 健	④ 厚	⑤ 年 月	円 月
月 日	円	円	円	円	⑦ 年 9月	円 月
⑦ 月 日	円	円	円	円	⑧	年 月
月 日	円	円	円	⑧ 健	⑨ 厚	円 月

社会保険労務士記載欄
印

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地 〒	—
事業所名称	
事業主氏名	印
電 話 () 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。