

正

健康保険 厚生年金保険 被保険者報酬月額変更届

Main form containing fields for employee details, insurance numbers, and monthly payment calculations. Includes sections for '被保険者の氏名' (Employee Name), '生年月日' (Date of Birth), '標準報酬月額' (Standard Monthly Salary), and '3ヶ月の総計' (3-month total).

社会保険労務士記載欄 (Social Insurance Labor Consultant Record Field)

年月日提出 (Submitted on month/year/day)

受付日付印 (Stamp of receipt date)

事業所所在地 (Business location), 名称 (Name), 事業主氏名 (Business owner name), 電話 (Telephone) fields.

社保委員等の検印 (Seal of Social Insurance Committee members, etc.)

印欄は、記入しないでください。記入方法は2枚目の厚紙の裏面に書いてありますから、よく読んでください。