平成28年9月1日

職員　〇〇　〇〇　　様

社会福祉法人　　〇〇　会

理事長　〇〇　〇〇

あなたの平成28年9月からの適用される「健康保険・厚生年金保険被保険者としての標準報酬月額」は下記のとおり決定しましたので本日通知いたします。

記

健保　　円　　　　厚年　　　円

これにより、平成28年9月分給与からの控除は、　健康保険料　　円、厚生年金保険料　　　円　です。

以上

* この決定に不服がある場合は、決定があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書又は口頭で、社会保険審査官に審査請求できます。また、さらにその決定に不服があるときは、決定書の送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に社会保険審査会に再審査請求できます。これらの請求は、職員個人にて対応していただくこととなります。法人は対応することができませんので、ご了承ください。