

# 令和 ( )年度 IHG・ANA ホテルズ健康保険組合 算定総括票

記号

提出枚数	用紙： 枚 CD： 枚
被保険者数	人

常務理事	事務長		担当者

支払い形態をご記入下さい。

雇用形態	支払い対象日	支払日	昇(降)給月
			月
			月
			月
			月
			月
			月
			月
			月

管轄の社会保険事務所の対応をご確認下さい。

- 月半ばで取得の場合は、17日以上でも算定月に加えない
- 月半ばで取得の場合は、17日以上ならば算定月に加える

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

受付日

