

下記のとおり訂正を申し出ます。

令和 年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団理事長 殿

学 校 法 人 等 所 在 地	郵便番号 ()				
学 校 法 人 等 名					
代 表 者 名					
事 務 連 絡 先 電 話 番 号 (必ず記入してください)	市外局番	局番	番 号		担当者 氏 名
	()				

21112	学 校 記 号 番 号			事務連絡先 電 話 番 号 (必ず記入してください)		市外局番		
	県コード	学種	学 校 番 号					
	11							
個 人 番 号		枝番	加 入 者 氏 名		生 年 月 日			
18		00			39	年	月	日
					3	昭		
					4	平		
								46
								01

訂正事由 (1～4、ア～ウのいずれかを必ず○で囲み、()内を記入してください)				※ 給 与 区 分	該当年月		訂正前の 内容(誤)	訂 正 後 の 内 容 (正)				訂 正 理 由			※事業団記入欄																								
															即時	内発	週及																						
48	1	ア	新規	()年()月()日 資格取得者の報告報酬月額の訂正	49	51	年	月	資格取得時の 報酬月額(円)	固定的給与の算定誤り等 により当初の報告が実際に 支給した額と相違した場合 のみ訂正に該当します。				資格取得時の報酬月額					84	105	106																		
		イ	継続			56	百	十	万					千	百	十	円																						
		ウ	再取得																																				
2		()年度 定時決定(基礎届書)の報酬月額の訂正			5	令	年	0	9	現在確認されている 報酬月額(円)	算定基礎月		区分に○	報 酬 月 額				1.保険者決定を希望する																					
										56	百	十	万	千	百	十	円	年平均 月額	77	百				十	万	千	百	十	円										
										5	令	年	4	月	1. 通常 (17日以上有)	63																							
										5	令	年	5	月	2. 短時間 (11日以上有)	70																							
										5	令	年	6	月																									
								平 均 額				円				2.その他 〔 〕																							
3	ア	()年()月 の標準報酬月額改定の訂正			5	令	年		月	現在確認されている 報酬月額(円)	算定基礎月		区分に○	報 酬 月 額																									
										56	百	十	万	千	百	十	円							1. 通常 (17日以上有)	63														
										1	目	5	令	年		月	2. 短時間 (11日以上有)															70							
										2	目	5	令	年		月																							
										3	目	5	令	年		月																							
								平 均 額				円																											
4		()年()月 の即時改定による報酬月額の訂正			5	令	年		月	現在確認されている 報酬月額(円)					報 酬 月 額				1																				
										56					百	十	万	千							百	十	円												

1. ※欄は記入しないでください。
2. 「報酬月額」欄には、基本給・諸手当(交通費含む)・現物給与等の支給総額を記入してください。
3. 定時決定の訂正で、年平均による保険者決定を希望する場合は、4～6月の報酬月額を記入するとともに、訂正理由欄の「1」に○をし、前年7月～当年6月の平均額を記入してください。申立書と同意書を併せて提出してください。

私学事業団受付印