常務理事	事務長	課　長	係　長	担　当　者

健　康　保　険　　育児休業等終了時報酬月額変更届

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎申出をする方は、太枠部分を記入し、事業主あて提出してください。
◎「※」印欄は、記入しないでください。

①被保険者証の記号	②被保険者証の番号

給与締切日	日	給与支払日	当月 翌月 日

③被保険者の氏名		④被保険者の生年月日				⑤性別
(ﾌﾘｶﾞﾅ)			年	月	日	
(氏)	(名)	昭　5 平　7				男・女

⑥養育する子の氏名		⑦養育する子の生年月日				⑧育児休業等を終了した年月日				⑨従前の標準報酬月額
(ﾌﾘｶﾞﾅ)			年	月	日		年	月	日	
(氏)	(名)	平成				平成				健　　千円

報酬月額							⑱ 備考
⑩ 算定対象月の報酬支払基礎日数		⑪ 通貨によるものの額	⑫ 現物によるものの額	⑬合計	⑭ 支払基礎日数17日以上の月の報酬月額の総計	⑮改定年月	（遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月）
月	日	円	円	円	円	年　月	円
月	日	円	円	円	⑯平均額	⑰修正平均額	円
月	日	円	円	円	円	円	年　月

※⑲ 決定後の標準報酬月額
健　　千円

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊞

受付日付印

上記のとおり被保険者から申出がありましたので提出します。

平成　　年　　月　　日提出

〒　　－

（事業主）
事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　㊞

電　話　　（　　）局　　番

健康保険法施行規則第38条の規定による申出をします。

健康保険組合理事長　あて

平成　　年　　月　　日提出

（申出人）
〒　　－
住所

氏名　　㊞

電話番号　　（　　）局　　番