

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険 産前産後休業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 日		当月翌月 日	
③被保険者の氏名 (氏) (名)				④被保険者の生年月日 昭 5 年 月 日 平 7					
⑤養育する子の氏名 (氏) (名)				⑥養育する子の生年月日 平成 年 月 日		⑦産前産後休業を終了した年月日 平成 年 月 日		⑧従前の標準報酬月額 健 千円	
報 酬 月 額				⑬ 支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計		⑭改定年月		⑰ 備 考 〔 遡及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月 〕	
⑨ 算定対象月の報酬支払基礎日数	⑩ 通貨によるものの額	⑪ 現物によるものの額	⑫ 合計	円		年 月		円	
月 日	円	円	円	円		⑮平均額		⑯修正平均額	
月 日	円	円	円	円		円		円	
※⑱ 決定後の標準報酬月額 健 千円				⑲産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を開始していませんか。 申出される被保険者の方が記入 (<input type="checkbox"/>) してください。 (注) 産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業を開始した場合は、当該申出はできません。				<input type="checkbox"/> 開始していません <input type="checkbox"/> 開始しました	

社会保険労務士の提出代行者印
⑳

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

(事業主) 事業所名称

事業主氏名 ㊟

電話番号 () 局 番

健康保険法施行規則第38条の3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