

事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

健康保険 産前産後休業等終了時 報酬月額変更届

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	下記のとおり被保険者から申し出がありましたので提出します。 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
	事業所名称	
	事業主氏名 電話番号	<input type="text"/> () ☎ <input type="text"/>

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者欄	番号 (右づめ)						従前の標準報酬月額			千円	
	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭和	年	月	日	産前産後休業等を終了した年月日			
	子の氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	報酬月額	算定対象月の報酬支払基礎日数	②通貨によるものの額	①現物によるものの額	②+①=合計	支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計	改定年月				
		月 日	円	円	円	円	年	月			
		月 日	円	円	円	平均額	修正平均額				
	備考	遡及支払額	昇(降)給差の月額	昇(降)給月	その他(修正平均の理由など)		健保記入欄				
円		円	年 月			決定後の標準報酬月額	千円				

※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た場合は、この申出はできません。

申出者署名欄	住所	産前産後休業等を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。(健康保険法施行規則第38条の3及び厚生年金保険法施行規則第10条の2) 令和 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 〒 -
	氏名	
	電話番号	☎ <input type="text"/>

受付印