

記入例

常務理事	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	*	*	0	7	0	1
-----	----	---	---	---	---	---	---

提出者記入欄

事業所記号 9 9 9

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。
〒 4 2 2 - * * * * *
静岡市駿河区××* * * - * * *

事業所名称 大浜農業協同組合

事業主氏名 健保 理事太郎

電話番号 ☎ 054 (* * *) * * * *

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者欄	番号(右づめ)	9 9 9 9	従前の標準報酬月額	2 4 0 千円		
	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ (氏) 健保 花子	生年月日	昭和 * * 1 2 3 1	産前産後休業等を終了した年月日	
	子の氏名	(フリガナ) ケンボ ジロウ (氏) 健保 二郎	生年月日	令和 * * 0 2 2 3		
	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
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	

※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 健康保険組合理事長 殿
〒 422 - * * * * *
静岡県静岡市葵区〇〇〇〇

氏名 健保 花子

電話番号 ☎ 054 - * * * - * * * *

通常の月額変更は、届出する3か月間すべての月が支払基礎日数17日（短時間労働者は11日）以上ない場合は月額変更対象外となりますが、産前産後休業終了時の月額変更は、従前の標準報酬月額から1等級でも下がっていれば行うことができます。

※被保険者が望まない場合には、育休終了時の月額変更は行わなくてもかまいません。

受付印