

様式コード			
2	2	2	2

健康保険

育児休業等終了時報酬月額変更届

常務理事	事務長	課長	係長	係

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	
	厚生年金保険事業所整理記号	
	事業所所在地	〒 _____
	事業所名称	_____
	事業主氏名	_____
	電話番号	(_____) _____

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

申出人署名欄	<input type="checkbox"/> 育児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。注：必ず□に✓を付けてください。 令和 年 月 日
	(健康保険法施行規則第38条の2及び厚生年金保険法施行規則第10条)
	健康保険組合理事長あて
	住所 _____
	氏名 _____
	電話 (_____) _____

被保険者欄	① 被保険者整理番号	_____	② 個人番号(基礎年金番号)	2枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。				
	③ 被保険者氏名	フリガナ _____ 氏 _____ 名 _____	④ 被保険者生年月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑦ 育児休業等終了年月日			
	⑤ 子の氏名	フリガナ _____ 氏 _____ 名 _____	⑥ 子の生年月日	7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	9.令 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	⑧ 給与支給月及び報酬月額	支給月 _____ 月 _____ 日	給与計算の基礎日数 _____ 日	⑩ 通貨	⑪ 現物	⑫ 合計(⑩+⑪)	⑨ 総計 _____ 円	
		_____ 月 _____ 日	_____ 日	_____ 円	_____ 円	_____ 円	⑩ 平均額 _____ 円	
		_____ 月 _____ 日	_____ 日	_____ 円	_____ 円	_____ 円	⑪ 修正平均額 _____ 円	
	⑫ 従前標準報酬月額	健保 _____ 千円	厚年 _____ 千円	⑬ 昇給降給	1.昇給 _____ 月	2.降給 _____ 月	⑭ 遡及支払額 _____ 円	⑮ 改定年月 _____ 年 _____ 月
	⑯ 給与締切日支払日	締切日 _____ 日	支払日 _____ 日	⑰ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者 2. 二以上勤務被保険者 3. 短時間労働者 4. パート 5. その他(_____) (特定適用事業所等)			
	⑱ 月変該当の確認	育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて、産前産後休業を開始していませんか。 該当する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 開始してません。 注：産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。						

