

様式コード			
2	2	2	3

健康保険
産前産後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						受付印
	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	()						
社会保険労務士記載欄 氏名等							

申出人署名欄	☐ 産前産後休業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。 (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 産前産後休業終了年月日
	⑤ 子 の 氏名	フリガナ	氏	名	⑥ 子 の 生年月日	7.平成	年	月	日	
	⑧ 給与 支給月及び 報酬月額	支給月	給与計算の 基礎日数	⑦通貨	⑧現物	⑨合計(⑦+⑧)	⑨ 総計	円		
		月	日	円	円	円	⑩ 平均額	円		
		月	日	円	円	円	⑪ 修正 平均額	円		
	⑫ 従前標準 報酬月額	健保	厚年	⑬ 昇給 降給	1.昇給 2.降給	⑭ 週及 支払額	⑮ 改定 年月	円		
		千円	千円		月	月	年	月		
	⑯ 給与 締切日 支払日	締切日	支払日	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)					
		日	当月 翌月	日						
⑱ 月変該当 の確認	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。 該当する場合はチェックしてください。 ☐ 開始してません。 注：育児休業等を開始した場合は、この申出はできません。									

