

届出コード
2 2 1

常務理事	事務長	課長	係員

健康保険 育児休業等終了時月額変更届

事業所	健康保険被保険者証の番号
1 6	

被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別	育児休業を終了した年月日
(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 5 年 月 日 平成 7		1. 男 2. 女	9. 令和 年 月 日
養育する子の氏名		養育する子の生年月日		従前の標準報酬月額	
(フリガナ) (氏)	(名)	9. 令和 年 月 日		千円	
報 酬 月 額				決定後の標準報酬月額	
算定対象月の報酬支払基礎日数	通貨によるものの額	現物によるものの額	合 計	千円	
月 日	円	円	円	備 考 (遡及支払額) (昇(降)給差の月額) (昇(降)給月)	
月 日	円	円	円		
月 日	円	円	円		
支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計		改 定 年 月		円	
円		月		円	
平 均 額		修 正 平 均 額		年 月	
円		円		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください。)	

令和 年 月 日 提出

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。

事業所所在地 〒 —

事業所名称

事業主氏名

電 話 (局) 番

決裁日付印	確認日付印	受付日付印