

| | |
|-------|------|
| 届出コード | 処理区分 |
| 2 2 1 | |

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 所属長 | 担当者 |
| | | | |

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎申出をする方は、太枠部分を記入し、事業主あて提出してください。

| | | | | | |
|---|-------|-------------|--|---|--|
| 事業所 | | 被保険者証の番号 | | | |
| 1 | 6 0 1 | 1 2 3 5 6 7 | | | |
| 被保険者の氏名 | | 被保険者の生年月日 | | 産前産後休業を終了した年月日 | |
| (フリガナ) ケンホ ハルコ | | 5. 昭和 | | 9. 令和 | |
| (氏) 健保 春子 | | 7. 平成 | | | |
| 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) ケンホ ナツコ | | 9. 令和 | | 〇〇〇 千円 | |
| (氏) 健保 夏子 | | | | | |
| 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 | | 〇〇〇 千円 | |
| 〇〇 月 〇〇 日 | | 〇〇〇 円 | | | |
| 〇〇 月 〇〇 日 | | 〇〇〇 円 | | | |
| 〇〇 月 〇〇 日 | | 〇〇〇 円 | | | |
| 現物によるものの額 | | 合計 | | 備考 (遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月) | |
| 〇〇 円 | | 〇〇〇 円 | | | |
| 〇〇 円 | | 〇〇〇 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 | |
| 〇〇〇 円 | | 〇〇 年 〇〇 月 | | 円 | |
| 平均額 | | 修正平均額 | | 年 月 | |
| 〇〇〇 円 | | 〇〇〇 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 開始していませんか。 申出される被保険者の方が記入(☑)してください。 (注) 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、当該申出はできません。 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 開始していません <input type="checkbox"/> 開始しました | |

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 提出

(事業主)
 事業所所在地 〒 000-0000
 東京都千代田区岩本町3-10-1
 事業所名称 山崎製パン株式会社
 事業主氏名 事業 太郎
 電話番号 (000) 000 - 0000

健康保険法施行規則第38条の3の規定による
申出をします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 提出

(申出人)
 住所 東京都〇〇市〇〇3-5
 氏名 健保 春子
 電話番号 (000)000-0000

| | | |
|-------|-------|-------|
| 決裁日付印 | 確認日付印 | 受付日付印 |
| | | |