

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		
被保険者の氏名		被保険者の生年月日	
(フリガナ) (氏)		5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	
養育する子の氏名		養育する子の生年月日	
(フリガナ) (氏)		9. 令和 年 月 日	
産前産後休業を終了した年月日		9. 令和 年 月 日	
従前の標準報酬月額		千円	
決定後の標準報酬月額		千円	
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
月 日	円	円	円
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		年 月	
平均額		修正平均額	
円		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 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 年 月 日 提出

(事業主)
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号 () -

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 年 月 日 提出

(申出人)
住所
氏名
電話番号 () -

決裁日付印	確認日付印	受付日付印