

理事長	常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎「※」印欄は、記入しないでください。

①事業所記号	②被保険者番号	給与締切日	給与支払日	当月翌月			
		日	日	日	日		
③被保険者の氏名			④被保険者の生年月日			⑤性別	
(フリガナ) (氏) (名)			昭 5	年	月	日	男・1 女・2
			平 7				
			合 9				
⑥養育する子の氏名		⑦養育する子の生年月日		⑧育児休業等を終了した年月日		⑨従前の標準報酬月額	
(フリガナ) (氏) (名)		令和	年	月	日	令和	年
							千円
報酬月額				⑭ 支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計		改定年月	
⑩ 算定対象月の報酬支払基礎日数	⑪ 通貨によるものの額	⑫ 現物によるものの額	⑬ 合計			備考 〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕	
月 日	円	円	円	円	年 月	円	
月 日	円	円	円	⑮平均額	⑯修正平均額	円	
月 日	円	円	円	円	円	年 月	
※ 決定後の標準報酬月額							
千円							

受付日付印

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

(事業主) 事業所名称

事業主氏名 ㊟

電 話 ( ) 局 番

健康保険法施行規則第38条の2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 ( ) 局 番