

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険 産前産後休業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	日	給与支払日	日	当月翌月	日				
③被保険者氏名			④被保険者の生年月日				⑤性別				
(氏) (名)			昭 5	年	月	日	男 1				
			平 7				女 2				
			令 9								
⑥養育する子の氏名			⑦養育する子の生年月日			⑧産前産後休業を終了した年月日			⑨従前の標準報酬月額		
(氏) (名)			令和 7	年	月	日	令和 7	年	月	日	健
											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		⑮ 改定年月		⑯ 備考			
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				〔 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		⑯平均額		⑰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		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			
健	千円										
厚	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 (印)

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 (印)

電話番号 () -