

届書コード	処理区分	届書
2 : 2 : 1	8 : :	

常務	事務長	課長	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。  
◎申出をする方は、網掛け部分を記入し、事業主あて提出してください。

①事業所整理記号		②健康保険被保険者証の番号	
※			
⑦年金手帳の基礎年金番号		①被保険者の氏名	
		(フリガナ)	
		(氏) (名)	
		昭 5	年 月 日
		平 7	
			種別
			1・2・3 5・6・7
④養育する子の氏名		④養育する子の生年月日	
(フリガナ)		年 月 日	
(氏) (名)		平成	
		育 児 休 業 等 を 終 了 し た 年 月 日	
		年 月 日	
		平成	
		④従前の標準報酬月額	
		健 千円	
		厚 千円	
報 酬 月 額		② 備 考	
⑦ 算定対象月の報酬支払基礎日数	⑦ 通貨によるものの額	⑧ 現物によるものの額	⑨ 合計
月 日	円	円	円
月 日	円	円	円
月 日	円	円	円
		⑩ 支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計	
		円	
		④改定年月	
		年 月	
		⑪ 平均額	
		円	
		⑫ 修正平均額	
		円	
		年 月	
※⑤ 決定後の標準報酬月額			
健	千円	社会保険労務士の提出代行者印	
厚	千円		
送信		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。

平成 年 月 日提出

事業所所在地 〒 \_\_\_\_\_

(事業主) 事業所名称 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( ) 局 番

健康保険法施行規則第38条の2及び厚生年金保険法施行規則第10条の規定による申出をします。

健康保険組合 殿

平成 年 月 日提出

(申出人) 住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( ) 局 番