

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ◎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。
 ◎「※」印欄は、記入しないでください。

①健康保険証の記号				②健康保険証の番号				給与締切日		給与支払日		当月翌月											
1 2 3 4				56				15 日		末 日													
⑦年金手帳の基礎年金番号						①被保険者の氏名						③被保険者の生年月日											
/ / / / / /						(フリガナ) ケンポ ハナコ (氏) 健保 花子						昭 5 年 月 日 平 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇											
⑤養育する子の氏名						④養育する子の生年月日						⑦育児休業等を終了した年月日						⑧従前の標準報酬月額					
(フリガナ) ケンポ イチロウ (氏) 健保 一郎						平成 年 月 日 令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇						平成 年 月 日 令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇						健 〇〇 千円 厚 / 千円					
報 酬 月 額												② 支払基礎日数 17日以上月の報酬月額の総計				④ 改定年月				⑨ 備 考 〔適及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月〕			
⑦ 算定対象月の報酬支払基礎日数				⑧ 通貨によるものの額				⑩ 現物によるものの額				⑪ 合計				⑫ 平均額				⑬ 修正平均額			
6 月 15 日				000,000円				0円				000,000円				000,000円				〇 年 〇 月			
7 月 30 日				000,000円				0円				000,000円				〇 年 〇 月				円			
8 月 31 日				000,000円				0円				000,000円				〇 年 〇 月				円			
※⑤ 決定後の標準報酬月額																							
健 千円																							
厚 千円																							

送 信

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 年 〇 月 〇 日提出
〒 170 - 1234

事業所所在地
東京都豊島区〇〇2-3-4

(事業主)
事業所名称 **〇×歯科医院**
事業主氏名 **〇〇 〇〇**
電話番号 (**00**) **0000 - 0000**

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。

令和 〇 年 〇 月 〇 日提出
〒 170 - 5678

住所 **東京都豊島区〇〇1-2-3**

(申出人)
氏名 **〇〇 〇〇**
電話番号 (**03**) **0000 - 0000**

社会保険労務士記載欄
氏名等

- - - - - 受付日付印 - - - - -