

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
				日	日	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)		昭 5	年
			(氏)		平 7	月
			(名)			日
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)		平成		平成		健
(氏)		令和		令和		厚
		年		年		千円
		月		月		千円
		日		日		
報 酬 月 額				⑨ 支払基礎日数 17日以上月の報酬月額の総計	④ 改定年月	⑩ 備 考 〔遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月〕
② 算定対象月の報酬支払基礎日数	⑥ 通貨によるものの額	③ 現物によるものの額	⑤ 合計		年 月	円
月 日	円	円	円	円		
月 日	円	円	円	⑪ 平均額	⑫ 修正平均額	円
月 日	円	円	円	円	円	円
					年 月	
※⑤ 決定後の標準報酬月額				送 信		
健 千円						
厚 千円						

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。

東京都歯科健康保険組合 理事長 あて

令和 年 月 日提出

〒 -

住所

(申出人氏名)

電話番号 () -

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付日付印

【記入上の注意】

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。

【記入の方法】

1. ㊸の年号は、該当する数字を○印で囲むこと。

生年月日は、たとえば昭和57年11月7日の場合は、「

昭	5	年		月		日	
平	7	5	7	1	1	0	7

のように記入すること。

2. ㊹は、養育する子の生年月日を記入すること。

たとえば平成26年6月30日生まれの場合は、「

	年		月		日	
平成	2	6	0	6	3	0

のように記入すること。

3. ㊺欄には、報酬のうち、臨時に受けたもの及び年3回以下で支払われるもの以外のもので、通貨で支払われた賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が、労働の対償として受けた、すべてのものの額を、それぞれ該当の欄に記入すること。
4. ㊻欄には、報酬のうち、食事、住宅、被服など通貨以外のもので支払われたものについて、健康保険法第46条又は厚生年金保険法第25条の規定によって厚生労働大臣及び健康保険組合が定めた価額によって算定した額を、それぞれの該当の欄に記入すること。
5. ㊼欄には、㊺欄の額を報酬支払の基礎となった日数17日以上月の数で除して得た額を、記入すること。
6. ㊽備考欄の「遡及支払額」には算定対象月内に支払われた通常給以外の報酬を、「昇(降)給差の月額」には昇(降)給により増(減)された額の月額を、「昇(降)給月」には昇(降)給又は遡及分の支払が行われた月を、それぞれの該当の欄に記入すること。