

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	日		給与 支払日	当月 翌月	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 平 合	5 7 9	年	月	日	男・1 女・2	
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	月 日	
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		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	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