

常務理事	事務長	健保担当者

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。事業主あて提出してください。

①事業所 記号		②被保険者 番号		給与締切日	給与支払日	当月翌月
1 6		50		日	日	日
⑦年金手帳の基礎年金番号			④被保険者の氏名		③被保険者の生年月日	
/ /			(氏) オトワ (名) ハナコ		昭 5 年 月 日	
/ /			音羽 花子		平 7 5 5 1 2 0 9	
⑤養育する子の氏名		⑥養育する子の生年月日		⑦産前産後休業を終了した年月日		⑧従前の標準報酬月額
(氏) オトワ (名) サクラ		平成 7 年 月 日		平成 7 年 月 日		健 千円
音羽 さくら		2 6 0 6 2 3		7 2 6 0 8 1 8		厚 千円
報酬月額				④改定年月		⑨備考 〔 遡及支払額 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	⑨ 現物によるものの額	⑩ 合計	⓪ 支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計	年 月	
月 日	円	円	円	円	円	
月 日	円	円	円	⓫ 平均額	⓬ 修正平均額	
月 日	円	円	円	円	円	年 月
※⑤ 決定後の標準報酬月額		送 信	⑭ 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。			<input type="checkbox"/> 開始していません <input type="checkbox"/> 開始しました
健 千円	申出される被保険者の方が記入 (☑) してください。					
厚 千円	(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。					

社会保険労務士の提出代行者印

Ⓜ

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

〒 -

(事業主) 事業所所在地

(事業主) 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3及び厚生年金保険法施行規則第10条の2の規定による申出をします。

音羽健康保険組合 宛

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出

〒 222 - 3333

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1

(申出人) 氏名 音羽 花子 Ⓜ

電話番号 (〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇