

届書コード	処理区分
2 2 1 6	

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎記入の方法は別紙に記載してありますのでご覧ください。
 ◎「※」印欄は、記入しないでください。
 ◎記入の方法は別紙に記載してありますのでご覧ください。

①事業所整理記号	②被保険者整理番号
0 0 0	0000

給与締切日	00	給与支払日	00
	日		日

①被保険者の氏名		③被保険者の生年月日				⑤種別
(フリガナ) ケンボ アイコ (氏) 健保 愛子		昭 5	年	月	日	2
		平 7	0	0	0	6
④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
(フリガナ) ケンボ イチロウ (氏) 健保 一郎		平成 7	0	0	0	0
		平成 7	0	0	0	0
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	⑦ 通貨によるものの額	⑧ 現物によるものの額	⑨ 合計			
0 月 0 日	円 000000	円	円 000000	円 000000	00 年 00 月	円
0 月 0 日	円 000000	円	円 000000	⑩ 平均額	⑪ 修正平均額	円
0 月 0 日	円 000000	円	円 000000	円	円	円
※⑤ 決定後の標準報酬月額		⑫ 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 checked="" 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。 (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 00 年 00 月 00 日提出

〒 000 - 0000

(事業主) 事業所所在地 東京都〇〇区〇〇〇 1-1-1

事業所名称 株式会社 〇〇〇〇〇〇

事業主氏名 代表取締役 〇〇〇〇〇〇 事業主印

電話番号 (00) 0000 - 0000

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。

健康保険組合理事長 殿

平成 00 年 00 月 00 日提出

〒 000 - 0000

(申出人) 住所 東京都〇〇区〇〇〇 2-1-1

氏名 健保 愛子 健保

電話番号 (00) 0000 - 0000