

事務長・次長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

健康保険 育児休業等終了時 報酬月額変更届

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

提出者記入欄	事業所 記号	
	事業所 所在地	下記のとおり被保険者から申し出がありましたので提出します。 〒 -
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
電話番号	☎ ()	

社会保険労務士記載欄

氏名等	
-----	--

被保険者欄	番号 (右づめ)		従前の標準 報酬月額		千円	
	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭和	年 月 日	
	子の 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	平成	年 月 日	
	報酬 月額	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	⑦+⑧=合計	支払基礎日数17日以上の 月の報酬月額の総計
		月 日	円	円	円	円
		月 日	円	円	円	平均額
備考	遡及支払額	昇(降)給差の月額	昇(降)給月	その他(修正平均の理由など)	改定年月	
	円	円	年 月		円	

※育児休業を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業等を開始した場合は、この申出はできません。

申出者署名欄	住所	健康保険組合理事長 殿 〒 -
	氏名	
	電話番号	☎

受付印