

届書種別	22	処理区分	部 課
※		所属	支店 支社

常務理事	事務長	役 席	担 当

## 健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎「記入上の注意」を記入する方は、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被保険者の記号		給与締切日		給与支払日	当月翌月
● ● ● ● ● ● ● ●		日		日	日
②健康保険被保険者の番号			⑦被保険者の氏名		⑧被保険者の生年月日
● ● ● ● ● ● ● ●			(フリガナ) (氏) (名)		年 月 日
⑤養育する子の氏名		⑥養育する子の生年月日		⑧育児休業等を終了した年月日	
(フリガナ) (氏) (名)		年 月 日		年 月 日	
				⑨従前の標準報酬月額	
				健 千円	
				厚 千円	
報 酬 月 額				⑩支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計	④改定年月
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			
月 日		円		円 令和 年 月	
月 日		円		円 令和 年 月	
月 日		円		円 令和 年 月	
⑤決定後の標準報酬月額		⑥ 育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業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。 (注) 育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、当該申出はできません。				
厚 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。

安田日本興亜健康保険組合理事長 あて

令和 年 月 日 提出

〒 -

(申出人) 住所

氏名

電話番号 ( ) 局 番