

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者

正

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎申出をする方は、太枠部分を記入してください。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事業所整理記号		②健康保険被保険者証の番号		給与締切日	20日	給与支払日	25日	
政管分	江東	A	B	C	15			
健保分	9	0	0	0				
⑦年金手帳の基礎年金番号				①被保険者の氏名		③被保険者の生年月日		⑧種別
2 1 1 6 7 6 5 4 3 2				(フリガナ) ケンボ ハナコ (氏) 健保 花子		昭 5 年 月 日 平 7 6 0 0 6 0 6		② 6
④養育する子の氏名		⑤養育する子の生年月日		⑥産前産後休業を終了した年月日		⑨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		令和 9 年 月 日 0 2 0 4 1 9		令和 9 年 月 日 0 2 0 6 1 7		健 240 千円 厚 240 千円		
報酬月額				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	
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	円	2 年 9 月		〔 適及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月 〕	
6 月 13 日	円 135,000	円 0	円 135,000	円 450,000	円			
7 月 30 日	円 225,000	円 0	円 225,000	円 225,000	円			
8 月 31 日	円 225,000	円 0	円 225,000	円 225,000	円		年 月	
※⑤ 決定後の標準報酬月額		送 信		⑪ 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。 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。		<input checked="" type="checkbox"/> 開始していません <input type="checkbox"/> 開始しました		

社会保険労務士の提出代行者印	
	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。

令和 2 年 9 月 1 日提出

〒 135-0000

事業所所在地 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業所名称 〇〇〇〇 株式会社

事業主氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇 印

電話番号 03-1234-5678

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

令和 2 年 9 月 1 日提出

〒 135-0000

住所 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇

氏名 健保 花子 印

電話番号 03-1234-5678