

産前産後休業等
終了時報酬月額変更届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

令和 年 月 日提出

受付印

提出者記入欄	被保険者証 記号	
	事業所 所在地	〒 _____
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
	電話番号	(_____) _____

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

申出人署名欄	産前産後休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。 (健康保険法施行規則第38条の3)	令和 年 月 日
	健康保険組合理事長 宛	
	住所	
	氏名	電話 (_____) _____

被保険者欄	① 被保険者 証番号											
	② 被保険者 氏名	フリガナ	氏名	③ 被保険者 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日						
	④ 子の 氏名	フリガナ	氏名	⑤ 子の 生年月日	7.平成 9.令和	年 月 日	⑥ 産前産後 休業 終了年月日	9.令和	年 月 日			
	⑦ 給与 支給月 及び 報酬月額	支給月	給与計算の 基礎日数	⑦通貨	⑦現物	⑦合計 (⑦+⑧)	⑧ 総計					
		月 日	日	円	円	円	円					
		月 日	日	円	円	円	円	⑨ 平均額				
	⑩ 修正 平均額	月 日	日	円	円	円	円					
	⑪ 従前標準 報酬月額	健保	厚年	⑫ 遡及 支払額	遡及支払額		⑬ 昇給 降給	1.昇給 2.降給	⑭ 改定 年月	年 月		
	⑮ 決定後標準 報酬月額	健保	厚年	⑯ 給与 締切日 支払日	締切日	支払日	⑰ 備考					
	⑮	千円	千円	千円	日	日	備考					
⑰ 月変該当 の確認	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。 該当する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 開始してません。 注：育児休業等を開始した場合は、この申出はできません。											