

届書コード	処理区分	届書
2 2 1 8		

部長	課長	主任	係

正

## 健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎「※」印欄は記入し、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。

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		給与支払日		当月翌月		
7 7		999		月末締め		25 日		25 日		
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			⑤ 種別
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				(フリガナ) デンシ ハナコ (氏) 電子 花子			昭和 平成 4 9 0 6 0 1			1・2・3 5・6・7
⑧ 養育する子の氏名				④ 養育する子の生年月日		⑥ 育児休業等を終了した年月日		⑨ 従前の標準報酬月額		
(フリガナ) デンシ タロウ (氏) 電子 太郎				平成 令和 2 3 0 1 2 3		平成 令和 2 4 0 1 2 2		240		
報酬月額					⑩ 支払基礎日数 17以上の月の報酬月額の総計		④ 改定年月		備考 (遊及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月)	
⑦ 通貨によるもの額		⑧ 現物によるもの額		⑨ 合計		⑩ 平均額		⑪ 修正平均額		
1 月 10 日 100,000 円		0 円		100,000 円		400,000 円		24 年 4 月		
2 月 31 日 200,000 円		0 円		200,000 円		200,000 円		円		
3 月 29 日 200,000 円		0 円		200,000 円		200,000 円		円		

⑤※ 決定後の標準報酬月額	送 信
健 200 千円	
厚 200 千円	

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。

平成 24 年 2 月 10 日提出

事業所所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇  
〇〇県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇

(事業主) 事業所名称 〇〇〇〇株式会社  
事業主氏名 〇〇 〇〇 印  
電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 局 〇〇〇〇 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。

健康保険組合理事長 あて

平成 24 年 2 月 1 日提出

住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

(申出人) 氏名 電子 花子 印  
電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 局 〇〇〇〇 番