

| | | |
|---------|------|----|
| 届書コード | 処理区分 | 届書 |
| 2 2 1 6 | | |

| | | | |
|----|----|----|---|
| 部長 | 課長 | 主任 | 係 |
| | | | |

正 記入例

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎「申出を印刷する欄は入し、太枠部分でください。」
※「決定後の標準報酬月額」欄は入し、事業主あて提出してください。

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-------------------|--|---|--|-------------------|--|------------------------------------|
| ①健康保険被保険者証の記号 | | ②健康保険被保険者証の番号 | | 給与締切日 | | 給与支払日 | | |
| ※ | | 999 | | 月末締め | | 当月翌月 25日 | | |
| ㊦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 | | ④種別 |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | | | | (フリガナ) デンシ ハナコ (氏) (名) 電子 花子 | | 昭和 平成 5 7 1 1 0 7 | | 2 6 |
| ㊧養育する子の氏名 | | ㊨養育する子の生年月日 | | ㊩産前産後休業を終了した年月日 | | ㊪従前の標準報酬月額 | | |
| (フリガナ) デンシ タロウ (氏) (名) 電子 太郎 | | 平成 令和 2 6 0 7 0 3 | | 平成 令和 2 6 0 8 2 8 | | 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 | | 備考 遊及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 |
| ⑤算定対象月の 報酬支払基礎日数 | | ⑥通貨による ものの額 | | ⑦現物による ものの額 | | ⑧合計 | | 円 |
| 8月1日 | | 10,000円 | | 0円 | | 10,000円 | | 円 |
| 9月18日 | | 180,000円 | | 0円 | | 180,000円 | | 円 |
| 10月31日 | | 200,000円 | | 0円 | | 200,000円 | | 円 |
| ⑤決定後の標準報酬月額 | | | | ⑤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。 | | | | ☑開始していません ☐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。 | | | | |
| 厚 千円 | | | | (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。 | | | | |

| | |
|----------------|--|
| 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 26年11月5日 提出

事業所所在地 〒 111 - 8530
東京都台東区雷門1-13-8

(事業所名称) ○○○株式会社
事業主氏名 □□ △△ 印
電話番号 03 (3843) 局 1451 番

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 あて

平成 26年11月1日 提出

住所 〒 111 - 8530
○○県○○市○○町1-1-1

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