

健康保険組合			受付月日
常務理事	事務長	担当者	

健康保険産前産後休業終了時報酬月額変更届

被保険者番号		被保険者の氏名		生年月日					
		(フリガナ)氏	名	昭和 平成	年	月	日		
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)氏		名	年	月	日	年	月	日	千円
			平成 令和			令和			
報酬月額				支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計		改定年月		備考 過及支払額 昇(降)給額の月額 昇(降)給月	
算定対象月の報酬支払基礎日数		通貨によるもの		現物によるもの		合計			
月	日	円	円	0円		円	年	月	円
月	日	円	円	0円		平均額	修正平均額		円
月	日	円	円	0円		円	円	年	月
※決定後の標準報酬月額		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。				☐ 開始していません ☐ 開始しました		・申出を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。 ・[※]欄は記入しないでください。	

提出代行者である社会保険労務士の氏名

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
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号			

健康保険法施行規則第38条の3の規定による届出をします。					
関西電力健康保険組合	殿	令和	年	月	日提出
住所					
氏名					
電話番号					
印					
「自筆の場合、押印は省略可」					

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

(令和3年5月)