

正

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

受付月日

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											
1234567		(フリガナ)氏名		年	月	日									
		カンデン	ハナコ	昭和 平成	6	3	0	4	0	2					
		関電	花子												
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							
カンデン	タロウ	平成 令和	3	0	1	2	1	8	令和	元	0	5	1	5	260
関電	太郎														
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 (遊及支払額 昇(降)給差の月額 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												
5月16日	95,000円		95,000円		371,500円		元年8月								
6月30日	185,500円		185,500円		平均額		修正平均額								
7月31日	186,000円		186,000円		185,750円										
決定後の標準報酬月額 千円	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	印
電話番号	「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)