

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												
1234567	氏(上段カナ)	名(上段カナ)	昭和	年	月	日										
	カンサイ	ケンタロウ														
	関西	健太郎	平成	1	1	0	4	1	0							
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								
氏(上段カナ)	名(上段カナ)	年	月	日	年	月	日	千円								
カンサイ	ハナコ															
関西	花子	令和	0	8	0	2	1	0	令和	0	8	0	4	0	7	260
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 異(降)給差の月額 異(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													
4月16日	235,500円		235,500円	480,450円		8年7月										
5月20日	240,550円		240,550円	平均額		修正平均額										
6月20日	239,900円		239,900円	240,225円				年 月								
※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。 240			<input checked="" type="checkbox"/> 開始していません <input type="checkbox"/> 開始しました		・申出をする方は太枠部分を記入し、 事業主宛も提出してください。 ・[*]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 「自筆の場合、押印は省略可」
電話番号

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6年7月)