

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				
		氏(上段カナ)	名(上段カナ)	昭和	年	月	日	
					平成			
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
		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 (遺及支払額 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		年	月	円	
月 日	円	円	円	円	平均額	修正平均額	円	
月 日	円	円	円	円	円	円	円	
月 日	円	円	円	円	円	円	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。			<input 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 千
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6年7月)