

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

受付日

健康保険育児休業等終了時報酬月額変更届

被保険者番号		被保険者の氏名		被保険者生年月日						
		氏(上段カナ)	名(上段カナ)	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			育児休業等を終了した年月日			従前の標準報酬月額		
氏(上段カナ)	名(上段カナ)	令和	年	月	日	令和	年	月	日	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		改定年月		備考		
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					遊及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月		
R年 月 日	円	円	円	円		R年 月	円			
R年 月 日	円	円	円	円		平均額	修正平均額	円		
R年 月 日	円	円	円	円		円	円	R年 月	円	
※決定後の標準報酬月額	千円	育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて、産前産後休業を開始していませんか。該当する場合は、チェックしてください。								
	月変 該当 の確認	<input type="checkbox"/> 開始していません ★育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。 ・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	

<input type="checkbox"/> 健康保険法施行規則第38条の2の規定による届出をします。 ※必ず□に✓を付してください。	関西電力健康保険組合 殿	令和 年 月 日提出
住所:		
氏名:		Ⓜ 自筆の場合、押印省略可
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)