

正

健康保険組合			受付月日
常務理事	事務長	担当者	

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		生年月日												
1234567	(フリガナ)氏名	カンデン	ハナコ	昭和	年	月	日									
	関電	花子	平成	5	7	0	4	0	2							
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								
(フリガナ)氏名	名	年	月	日	年	月	日	千円								
カンデン	タロウ	平成	3	1	0	4	0	6	平成	0	2	0	4	1	5	260
関電	太郎	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 昇(降)給差の月額 昇(降)給日)								
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15日	95,000円		95,000円	371,500円		2年7月		円								
5月31日	185,500円		185,500円	平均額		修正平均額		円								
6月31日	186,000円		186,000円	185,750円				年 月								
※決定後の標準報酬月額 千円		・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。														
190																

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

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 2年 7月 2日提出	
事業所所在地	〒555-3333 〇〇市△△町2丁目2-77
事業所名称	〇〇〇〇株式会社
事業主氏名	山田 次郎 印
電話番号	(6655)局 3344 番

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。 健康保険組合 殿 令和 2年 7月 1日提出	
住所	〇〇市△△町□□3丁目123
氏名	関電 花子 印
電話番号	(1234)局 5678 番

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。