

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					
		(フリガナ)氏	名	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	
(フリガナ)氏		名	年	月	日	年	月	日	千円
			平成			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 (遊及支払額 昇(降)給差の月額 算(除)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						
月 日	円	円	0 円	円		年 月	円		
月 日	円	円	0 円	平均額		修正平均額		円	
月 日	円	円	0 円	円		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。 (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、事業主あて提出してください。 ・[*]欄は記入しないでください。		

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 年 月 日提出	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	( )局 番

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。	
健康保険組合 殿	
令和 年 月 日提出	
住所	
氏名	印
電話番号	( )局 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。

(令和元年5月)

副

## 健康保険育児休業等終了時報酬月額改定通知書

被保険者番号		被保険者の氏名		生年月日				
		(フリガナ)氏	名	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			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		年	月	日	千円	
				平成				
				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					
月 日	円	円	0 円	円	年 月			円
月 日	円	円	0 円	平均額	修正平均額			円
月 日	円	円	0 円	円	円			年 月
※決定後の標準報酬月額								
千円								

上記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。

令和 年 月 日

健康保険組合

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	様
電話番号	( )局 番

1 この処分に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方社会保険事務局内)に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会(厚生労働省内)に再審査請求できます。  
なお、この処分の取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3ヶ月を経過しても裁決がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その

2 この通知を受け取ったら、すみやかに決定された事項を被保険者に通知しなければなりません。

(令和元年5月)