

|      |     |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 主任 | 係員 |
|      |     |    |    |    |

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

|                    |               |   |               |               |   |   |                                      |   |
|--------------------|---------------|---|---------------|---------------|---|---|--------------------------------------|---|
| 記号                 | 番号            | 被保険者の氏名   |               |               | 被保険者の生年月日                                 |   |                                      |   |
|                    |               |   |               |               | 昭和<br>平成 年 月 日                            |   |                                      |   |
| (フリガナ)<br>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   |                                      |   |
| ( )                |               | 令和 年 月 日  |               | 令和 年 月 日      |   | 千円  |                                      |   |
| 給与支給月及び報酬月額        |               |   |               |               | 支払基礎日数<br><b>17日以上</b> の<br>月の報酬月額の<br>総計 | 改定年月  | 備考<br>〔遡及支払額<br>昇(降)給差の月額<br>昇(降)給月〕 |   |
| 支給月                | 給与計算の<br>基礎日数 | 通貨による<br>ものの額   | 現物による<br>ものの額 | 合計            |   |   |                                      | 円 |
| 月                  | 日             | 円   | 円             | 円             | 円   | 年 月   |                                      | 円 |
| 月                  | 日             | 円   | 円             | 円             | 平均額                                       | 修正平均額   | 円                                    |   |
| 月                  | 日             | 円   | 円             | 円             | 円   | 円   | 年 月                                  |   |
| 月変該当<br>の確認        |               | 育児休業等を終了した日の翌日<br>に引き続いて、産前産後休業を<br>開始していませんか。<br><input type="checkbox"/> 開始していません |               |               |   | 該当する場合は☑を記入してください。<br>※育児休業等を終了した日の翌日に<br>引き続いて産前産後休業を開始した<br>場合は、この申出はできません。 |                                      |   |

|                       |
|-----------------------|
| ※決定後の<br>標準報酬月額<br>千円 |
|-----------------------|

|               |
|---------------|
| 社会保険労務士の提出代行者 |
|---------------|

受付日付印

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

電話番号

健康保険法施行規則第38条の2の規定による申出をします。  
ダイハツ系連合健康保険組合 殿

令和 年 月 日提出

( 住所 〒 - )

申 出 氏名

人 電話番号

( )

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 確認欄                      | 下記を確認の上、左に☑をご記入ください。  |
| <input type="checkbox"/> | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。<br>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |