

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 平成 年 月 日		
(フリガナ) 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 17日以上 の 月の報酬月額の 総計	改定年月	備考 〔遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月〕
支給月	給与計算の 基礎日数	通貨による ものの額	現物による ものの額	合計			
月 日		円	円	円	円	年 月	
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 の確認	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。 <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。 ※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。		

※決定後の 標準報酬月額 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。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 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。