

受付日付印

常務理事	事務長	課長	主任	係員

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

被保険者証記号	番号	被保険者の氏名		被保険者の生年月日	
		(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成	年 月 日
子の氏名		子の生年月日		産前産後休業を終了した年月日	
(フリガナ) (氏)		(名)		令和 年 月 日	令和 年 月 日
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	昇給・降給
算定対象月の報酬 支払基礎日数	通貨による ものの額	現物による ものの額	合計	年 月	1.昇給 2.降給
月 日	円	円	円	円	月
月 日	円	円	円	平均額	修正平均額
月 日	円	円	円	円	月 円
従前の 標準報酬月額	給与締切日	給与支払日	該当する項目を○で囲んでください。		
千円	日	当月 翌月 日 日	1.70歳以上被用者 2.二以上勤務被保険者 3.短時間労働者 4.パート 5.その他() (特定適用事業所等)		
※決定後の 標準報酬月額	社会保険労務士の提出代行者				
千円					

該当する場合は右に記入(☑)してください。
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。
(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、
この申出はできません。

開始していません

下記を確認の上、右に☑をご記入ください。

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。

確認欄

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

〒 -

(事業主) 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3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理事長 殿

令和 年 月 日提出

(申出人) 〒 -

住所

氏名

電話番号 () -