

常務理事	事務長	担当

健康保険  
厚生年金保険

育児休業等終了時報酬月額変更届

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険		厚生年金保険		年金手帳の基礎年金番号					
	被保険者証の記号		被保険者証の番号		事業所整理記号					
	被保険者の氏名				性別	被保険者の生年月日				
	(フリガナ)				男・女	5:昭 7:平		年	月	日
	養育する子の氏名				養育する子の区分	養育する子の生年月日				
	(フリガナ)				1:実子 2:その他	平成		年	月	日
	育児休業等を終了した年月日									
平成				年	月	日				

事 業 主 が 記 入 す る 欄	報酬月額				支払基礎日数17 日以上月の報酬 月額の総計	改定年月	備 考  (週及支払額 昇(降)給差の月額)
	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			
	月 日	円	円	円	円	円	
	月 日	円	円	円	平均額	修正平均額	円
	月 日	円	円	円	円	円	年 月
	従前の標準報酬月額		※ 決定後の標準報酬月額				
	健	千円	健	千円			
厚	千円	厚	千円				

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。

平成 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

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。

中部アイティ産業健康保険組合 御中

平成 年 月 日提出

(申出人) 住 所 〒

氏 名 (印)

電話番号

受付日付印

- ◎ 「※」欄は記入しないでください。
- ◎ 厚年用、健保用の2部ご提出ください。