

届書コード	処理区分
2 2 1 6	

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

◎◎◎ 記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ※ 印欄は、記入しないでください。事業主あて提出してください。

①事業所整理記号		⑦年金手帳の基礎年金番号				給与 締切日	給与 支払日	当月 翌月
						日	日	日
①健康保険 被保険者証記号		②被保険者番号		①被保険者の氏名		③被保険者の生年月日		⑧種別
				(フリガナ) (氏) (名)		昭 5 年 月 日		2
						平 7		6
④養育する子の氏名		④養育する子の生年月日		⑤産前産後休業を終了した年月日		⑥従前の標準報酬月額		
(フリガナ) (氏) (名)		平成 7 年 月 日		平成 7 年 月 日		健 千円		
						厚 千円		
報 酬 月 額				② 支払基礎日数17 日以上の月の報 酬月額の総計		④改定年月		⑦ 備 考
② 算定対象月の報 酬支払基礎日数	③ 通貨による ものの額	④ 現物による ものの額	⑤ 合計	円		年 月		〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕
月 日	円	円	円	円		円		
月 日	円	円	円	円		円		
月 日	円	円	円	円		円		年 月
※⑤ 決定後の 標準報酬月額		⑥ 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		
健 千円								
厚 千円								

社会保険労務士の提出代行者印
Ⓜ

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。

平成 年 月 日提出

〒 -

(事業主)
事業所所在地

(事業主)
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及び厚生年金保険法施行規則第10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 Ⓜ

電話番号 () -