

| 健 保 捺 印 欄 | | | |
|-----------|-----|-----|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 室 長 | 担 当 者 |
| | | | |

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

| | | | | | | | |
|----------------|------------|-----------|-----|---|----------------|---|-----------|
| 記号 | | 番号 | ※ | 太枠内をご記入後、事業所の健保担当部署へご提出ください。 ◎印欄は記入しないでください。 | | | |
| 被保険者の氏名 | フリガナ氏名 | | | 被保険者の生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 性別 男・女 |
| 養育する子の氏名 | フリガナ氏名 | | | 養育する子の生年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 | 千円 |
| 産前産後休業期間が終了した日 | 平成 令和 | | | 従前の標準報酬月額 | | | |
| 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 (遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月) | |
| 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 | 年 月 | 円 円 年 月 | |
| 月 日 | 円 | 円 | 円 | 平均額 | 修正平均額 | | |
| 月 日 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| ◎健保記入欄 | 決定後の標準報酬月額 | | | 千円 | 受付日付印 | | |

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

| | |
|--------|------------|
| | 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 | (局) 番 |

| | |
|--------|------------|
| | 令和 年 月 日提出 |
| 被保険者住所 | 〒 |
| 被保険者氏名 | |
| 電 話 | (局) 番 |

※個人番号の記載可