


健 保 捺 印 欄			
常務理事	事務長	室 長	担 当 者

健康保険 育児休業等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	従前の標準報酬月額 千円
育児休業等期間が終了した日	平成 令和			年 月 日			
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	円			
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


事業所所在地	令和 年 月 日提出	〒	—	
事業所名称				
事業主氏名				印
電 話	(局)			番

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

※個人番号の記載可