

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	591	番号	※ 100	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 ケンボ ハナコ	氏名	健保 花子	被保険者の生年月日	昭和 50年 4月 19日 平成	性別	男 女
養育する子の氏名	フリガナ ケンボ アイ	氏名	健保 愛	養育する子の生年月日	平成 17年 8月 31日	従前の標準報酬月額 200 千円	
育児休業等期間が終了した日	平成 18年 8月 30日			従前の標準報酬月額			
報 酬 月 額				支払基礎日数	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	17日以上月の報酬月額の総計			
8月 1日	9,836円	0円	9,836円	377,133円	18年 11月	円 円 年 月	
9月 30日	185,923円	0円	185,923円	平均額	修正平均額		
10月 31日	191,210円	0円	191,210円	188,566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	平成 18年 11月 2日提出 〒 461-0001 愛知県名古屋市中区三の丸0-0
事業所名称	トヨタ○○株式会社
事業主氏名	○○ ○○ 代表者
電 話	052 (961局) 0000 番

被保険者住所	平成 18年 11月 1日提出 〒 460-0001 愛知県名古屋市中区三の丸0-0
被保険者氏名	健保 花子 健保
電 話	052 (961局) 0000 番

※個人番号の記載可