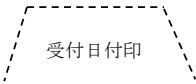


常務理事		係 員

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎「※」印欄は、記入しないください。事業主あて提出してください。

①事業所整理記号		②被保険者整理番号		給与締切日		給与支払日		当月翌月		
※				日		日		日		
⑦年金手帳の基礎年金番号				①被保険者の氏名			③被保険者の生年月日			⑤種別
				(フリガナ) (氏) (名)			昭 5 年 月 日 平 7			1. 男 2. 女
⑧養育する子の氏名			⑨養育する子の生年月日			⑩育児休業等を終了した年月日			⑪従前の標準報酬月額	
(フリガナ) (氏) (名)			令和 年 月 日			令和 年 月 日			健 千円 厚 千円	
報 酬 月 額				⑫支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計		⑬改定年月		⑭備考		
⑯算定対象月の報酬支払基礎日数		⑰通貨によるものの額		⑱現物によるものの額		⑲合計		〔 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		⑳平均額		㉑修正平均額 円		
月 日 円		円		円		円		年 月		
※㉒決定後の標準報酬月額										
健 千円										
厚 千円										



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。

令和 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 ㉓

電 話 () 局 番

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。

ミツバ健保組合 あて

令和 年 月 日提出

(申出人) 住所

氏名 ㉔

電話番号 () 局 番