

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		②被保険者整理番号				給与締切日		給与支払日		当月翌月		
		0 0 0 0 0 0										
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) <b>ケンボ</b> ○○○○ (氏) <b>健保</b> ○ ○				昭 平 ⑤ 7 0 0 0 0 0 0 0				1. 男女 ②. 女
⑧養育する子の氏名				④養育する子の生年月日				⑥育児休業等を終了した年月日				⑨従前の標準報酬月額
(フリガナ) (氏) <b>健保</b>				平成 0 0 0 0 0 0				平成 0 0 0 0 0 0				健 260 千円 厚 千円
報 酬 月 額				支払基礎日数17日以上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				⑥ 改定年月		〔 週及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月 〕
00月 0日		0 円		0 円		0 円		222,222 円		29 11		円
00月 5日		54,321 円		0 円		54,321 円		⑧平均額		⑨修正平均額		円
00月 31日		222,222 円		0 円		222,222 円		222,222 円				年 月
※⑤ 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。

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 ⑧

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

平成00年00月00日提出

〒 -

(申出人) 住所

氏名 ⑧

電話番号 ( ) 局 番