

常務理事	事務長	課長	係員

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

記号	番号				
16					
被保険者の氏名		被保険者の生年月日		育児休業を終了した年月日	
(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成	年 月 日	令和	年 月 日
子の氏名		子の生年月日		従前の標準報酬月額	
(フリガナ) (氏)	(名)	令和	年 月 日	千円	
報酬月額				決定後の標準報酬月額	
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	千円	
月 日	円	円	円	備考 (週及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月)	
月 日	円	円	円		
月 日	円	円	円		
支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計		改定年月		円	
円		年 月		円	
平均額		修正平均額		年 月	
円		円		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) ※該当する場合は、チェックを入れてください。	
育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて、産前産後休業を開始して いませんか。該当する場合は、チェックを入れてください。 ※育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した 場合は、この申出はできません。				<input type="checkbox"/> 開始していません	

令和 年 月 日 提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()

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。
 山崎製パン健康保険組合 理事長あて
 令和 年 月 日 提出

(住所
 申出
 人) 氏名
 電話 ()

決裁日付印	確認日付印	受付日付印