明治グループ健康保険組合　理事長　殿

健康保険育児休業等終了時報酬月額変更届

記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日			
		(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日

養育する子の氏名		養育する子の生年月日				育児休業等を終了した年月日				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							備考
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	支払基礎日数17日以上の月の報酬月額の総計	改定年月	遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月
月	日	円	円	円	円	年　月	円
月	日	円	円	円	平均額	修正平均額	円
月	日	円	円	円	円	円	年　月

決定後の標準報酬月額
健　千円
厚　千円

※申出をする被保険者の方は、太枠部分を記入し、事業主宛に提出をしてください。

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

〒　－

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　印

電話番号　(　　)

健康保険法施行規則第38条の2及び厚生年金法施行規則第10条の規定による申出をします。

明治グループ健康保険組合　理事長　殿

令和　年　月　日 提出

〒　－

（申出人）

住所

氏名　印

電話番号　(　　)

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者

(適用様式11号)07.04