

健康保険育児休業等終了時報酬月額変更届

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 生 年 月 日									
		(フリガナ)				昭和 平成 令和									
		(氏)				(名)									
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)		平成 年 月 日				平成 年 月 日				健					
(氏)		(名)				令和 年 月 日				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				改 定 年 月				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			
月 日				円				円				円			
月 日				円				円				円			
月 日				円				円				円			
決定後の標準報酬月額				健				千円				厚			
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

〒 -

住所

(申出人) 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