

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎ 申出をする方は、太枠部分を記入し、事業主あて提出してください。
※ 「※」印欄は、記入しないでください。

①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																	
⑦年金手帳の基礎年金番号						④被保険者の氏名				③被保険者の生年月日				⑧種別													
						(フリガナ) (氏)		(名)		昭 5 平 7 令 9		年		月		日		1・2・3 5・6・7									
⑤養育する子の氏名				⑥養育する子の生年月日				⑦育児休業等を終了した年月日				⑧従前の標準報酬月額															
(フリガナ) (氏)				(名)				平成・令和		年		月		日		令和		年		月		日		健 厚		千円 千円	
報酬月額						⑨支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計		④改定年月		⑩備考																	
①算定対象月の報酬支払基礎日数		②通貨によるものの額		③現物によるものの額		④合計				令和		年		月		遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月											
月		日		円		円		円		円		令和		年		月		円									
月		日		円		円		円		円		円		円		円		円									
月		日		円		円		円		円		円		円		円		年 月									
※⑤		決定後の標準報酬月額																									
健		千円				社会保険労務士の提出代行者印																					
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

電話 () 局 番

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

京葉ガス健康保険組合理事長 あて

令和 年 月 日提出

〒

(申出人) 住所

氏名

電話番号 () 局 番