

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

◎「※」印欄は、記入しないで大枠部分を記入し、事業主あて提出してください。

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			①被保険者の氏名		③被保険者の生年月日			⑧種別
.....			(氏) (名)		明大昭平 1 3 5 7 年 月 日			1・2・3 5・6・7
⑨養育する子の氏名		④養育する子の生年月日		⑩育児休業等を終了した年月日		⑪従前の標準報酬月額		
(氏) (名)		平成 年 月 日 令和		令和 年 月 日		健 千円 厚 千円		
報 酬 月 額				⑫支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計	⑬改定年月	⑭備考 〔 遡及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月 〕		
⑯算定対象月の報酬支払基礎日数	⑰通貨によるものの額	⑱現物によるものの額	⑲合計					
月 日	円	円	円	円	平成 年 月	円		
月 日	円	円	円	⑳平均額	㉑修正平均額	円		
月 日	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