

専務理事	常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	主 任	係

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、網掛け部分を記入し、事業主あて提出してください。

被保険者証の	記 号	番 号	被保険者の氏名				被保険者の生年月日				性別
			(フリガナ)				昭 ・ 平	年	月	日	男 ・ 女
			(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)			年 月 日				年 月 日				健 千円
(氏)			令和	年	月	日	令和	年	月	日	健 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 (遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月)			
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		円	年 月					
月 日	円	円	円		円	修正平均額					
月 日	円	円	円		円	円		年 月			
決定後の標 準報酬月額											
健 千円											

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 〒 -

(事業主) 事業所名称

事業主氏名

電話番号 () 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。

東京都信用金庫健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出

住所 〒 -

(申出人) 氏名

電話番号 () 局 番

月分保険料(月告知書発送)で計算します。

確認日付印

受付日付印

係	処 理