

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

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				
	54	500	(フリガナ) サクラダ	ケンコ	(昭)	年	月	日	男						
			(氏) 桜田	(名) 健子	平	〇〇	11	03	女						
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) サクラダ			(フリガナ) ヤスコ				令和				健	千円			
(氏) 桜田			(名) 保子				〇〇	06	01	令和	〇〇	09	30	26	0
報酬月額					支払基礎日数17日以上の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		744,000円	〇〇年 1月									
10月 31日	240,000円	8,000円	248,000円		平均額	修正平均額									
11月 30日	240,000円	8,000円	248,000円		248,000円	円									
12月 31日	240,000円	8,000円	248,000円		円	円		年 月							
決定後の標準報酬月額															
健	千円														
2	4	0													

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。

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

事業所所在地 〒 101 - 0062
東京都千代田区神田駿河台1-1-1

(事業主)
事業所名称 駿河台信用金庫
事業主氏名 理事長 堀 一郎
電話番号 03 (3333) 局 5678 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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

東京都信用金庫健康保険組合理事長 殿

住所 〒 110 - 0001
東京都台東区谷中1-2-3-405

(申出人)
氏名 桜田 健子
電話番号 03 (3210) 局 9876 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