

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 産前産後休業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。

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		
			(フリガナ) (氏)	(名)	昭 ・ 平	年 月 日	
養育する子の氏名			養育する子の生年月日		産前産後休業を終了した年月日		従前の標準報酬月額
(フリガナ) (氏)			(名)		令和	年 月 日	令和 年 月 日
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
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		平均額
月 日			円		円		修正平均額
決定後の標準報酬月額			産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を 開始していませんか。 申出される被保険者の方が記入 (☑) してください。 (注) 産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を 開始した場合は、当該申出はできません。		開始していません 開始しました		

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 () -

健康保険法施行規則第38条の3及び厚生年金保険法施行規則第10条の2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

(申出人) 住所

氏名

電話番号 () -

係	処 理

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