

審査	入力	一次	二次	発送

秘密

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

(育児休業等の終了後、報酬が大幅に変わったとき)

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎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。

給与締切日	日	給与支払日	当月翌月	日
-------	---	-------	------	---

①被保険者証の記号 4桁		②被保険者証の番号		⑦被保険者の氏名				③被保険者の生年月日									
				(フリガナ) (氏)		(名)		昭和 平成 令和	年	月	日						
④養育する子の氏名				⑦養育する子の生年月日				⑤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	平成 令和	年	月	日	健	千円
報酬月額						⑨支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計		④改定年月		⑩備考 〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕							
⑥算定対象月の報酬支払基礎日数		⑪通貨によるものの額		⑫現物によるものの額		⑬合計		円		年 月		円					
月 日		円		円		円		円		年 月		円					
月 日		円		円		円		円		平均額		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		社会保険労務士記載欄											

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	
事業所所在地	
(事業主)	事業所名称
事業主氏名	
電話	

健康保険法施行規則第38条の2の規定による申出をします。	
神奈川県医療従事者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	