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）

◎◎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事業所記号	②被保険者番号	⑦被保険者の氏名	③被保険者の生年月日
		(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	昭和 平成 令和　年　月　日

㋑養育する子の氏名	㋒養育する子の生年月日	㋓育児休業等を終了した年月日	㋔従前の標準報酬月額
(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	令和　年　月　日	令和　年　月　日	健　千円

報酬月額							
㋐ 算定対象月の報酬支払基礎日数	㋑ 通貨によるものの額	㋒ 現物によるものの額	㋓合計	㋔ 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	㋕ 備考 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月	
月　日	円	円	円	円	年　月		円
月　日	円	円	円	㋖平均額	㋗修正平均額		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。

年　月　日提出

（事業主）

事業所所在地

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

年　月　日提出

（申出人）

住所

氏名

電話番号