

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。
 ◎「※」印欄は、記入しないでください。事業主あて提出してください。

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						
⑧養育する子の氏名				⑨養育する子の生年月日				④育児休業等を終了した年月日				⑤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				額				⑥備考					
⑦ 算定対象月の報酬支払基礎日数		⑧ 通貨によるものの額		⑨ 現物によるものの額		⑩ 合計		⑪ 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		⑤ 従前の標準報酬月額		⑥ 備考 〔週支支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月〕			
月	日	円	円	円	円	円	円	円	年	月	円	円	円	円	円		
月	日	円	円	円	円	円	円	円	⑪ 平均額	④ 改定年月	円	円	円	円	円		
月	日	円	円	円	円	円	円	円	円	④ 改定年月	円	円	円	円	円		

※⑤ 決定後の標準報酬月額

健 千円

社会保険労務士記載欄

⑫

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。

平成 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

平成 年 月 日提出

(申出人) 住所

氏名 ㊟

電話番号