

審査	入力	一次	二次	発送

秘密

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

(産前産後休業終了後、育児休業を取らずに復職して報酬が大幅に変わったとき)

◎「※」印欄は、記入しないください。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			
				(フリガナ) (氏) (名)		昭和 平成 令和	年	月	日
④養育する子の氏名			⑧養育する子の生年月日		⑤産前産後休業を終了した年月日		④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		健 千円		
報酬月額				⑥ 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		⑧ 備考	
⑦ 算定対象月の報酬支払基礎日数		⑥ 通貨によるものの額		⑦ 現物によるものの額		④合計		〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕	
月 日		円		円		円		年 月 円	
月 日		円		円		円		円	
月 日		円		円		円		年 月 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				受付日付印	

※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を開始した場合は当該申出はできません。

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
(事業主)	事業所名称
(事業主)	事業主氏名
(事業主)	電話

健康保険法施行規則第38条の3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
(申出人)	氏名
(申出人)	電話番号