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	10日	給与支払日	当月 翌月 25日

［㋕算定対象月の報酬支払基礎日数欄］
該当月の給料支払いの対象となった日数を記入してください。

［㋓育児休業等を終了した年月日］
育児休業等を終了した年月日を記入してください。

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
2312	800	(フリガナ) ヨコハマ　リョウコ (氏) 横浜　(名) 療子	昭和 平成 令和　年 06　月 11　日 07

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
(フリガナ) ヨコハマ　リョウタ (氏) 横浜　(名) 療太	令和 ○○年 01月 01日	令和 ○○年 12月 31日	健 340 千円

報酬月額 ㋕算定対象月の報酬支払基礎日数	㋖通貨によるものの額	㋗現物によるものの額	㋘合計	㋙支払基礎日数17日以上の月の報酬月額の総計	④改定年月	㋚備考（遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月）
1月 10日	円 100.000	円	円 100.000	円 600.000	○○年 4月	円
2月 31日	円 300.000	円	円 300.000	㋛平均額	㋜修正平均額	円
3月 28日	円 300.000	円	円 300.000	円 300.000	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

［㋙支払基礎日数17日以上の月の報酬月額の総計欄］
算定の対象となる3ヶ月間のうち、支払基礎日数が17日以上（※）の月の総計を記入してください。
※パートは17日以上の月が全くなければ15日以上月
※短時間は11日以上の月

［㋛平均額欄］
㋜の欄の額を支払基礎日数17日以上の月数で除して得た額を記入してください。
※パートは17日以上の月が全くなければ15日以上月
※短時間は11日以上の月

［㋚備考欄］
「遡及支払額」には算定対象月内に支払われた通常給以外の報酬を、「昇(降)給差の月額」には昇(降)給により増(減)された額の月額を、「昇(降)給月」には昇(降)給または、遡及分の支払いが行われた月を、それぞれの該当の欄に記入してください。
※パートの場合は備考欄に「パート」と記入してください。

上記のとおり被保険者から申出がありました

（事業主）
事業所所在地　〒○○○−○○○○　横浜市○○区○○町
事業所名称　○○病院
事業主氏名　○○　○○
電　話　○○○(○○○)○○○○

行規則第38条の2の規定による申出をします。

奈川県医療従事者健康保険組合理事長　あて

提出

署名をしてください。

（申出人）
住所　〒○○○−○○○○　横浜市○○区○○町
氏名　横浜　療子
電話番号　○○○(○○○)○○○○