

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。
記入の際は、裏面に書いてある太枠部分に記入してください。
「申請」の印欄は、記入しないでください。

給与締切日	10日	給与支払日	25日
-------	-----	-------	-----

[㊦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。

[㊩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。

被保険者証の記号 4桁 2312		被保険者証の番号 800		被保険者の氏名 (フリガナ) ヨコハマ リョウコ (氏) 横浜 療子		被保険者の生年月日 昭和 平成 令和 6 年 2 月 1 日 1 月 1 日 0 7日			
①養育する子の氏名 (フリガナ) ヨコハマ リョウタ (氏) 横浜 療太		②養育する子の生年月日 平成 令和 0 年 1 月 0 日 1 年 2 月 3 日		③育児休業等を終了した年月日 平成 令和 1 年 2 月 3 日		④従前の標準報酬月額 健 340 千円			
報酬月額				⑤支払基礎日数17日以上以上の月の報酬月額の総計		改定年月		⑥備考 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月	
㊦ 算定対象月の報酬支払基礎日数	㊧ 通貨によるものの額	㊨ 現物によるものの額	㊩ 合計	⑤		改定年月		⑥	
1月10日	100,000円		100,000円	600,000円		〇〇年4月		円	
2月31日	300,000円		300,000円	㊰平均額		㊱修正平均額		円	
3月28日	300,000円		300,000円	300,000円				年 月	
決定後の標準報酬月額									
健 300 千円		社会保険労務士記載欄							

[㊩支払基礎日数17日以上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日以上が全くなければ15日以上月
短時間は11日以上月

[㊰平均額欄]
㊱の欄の額を支払基礎日数17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日以上が全くなければ15日以上月
短時間は11日以上月

[㊲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
平成

(事業主)
事業所所在地 〒000-0000 横浜市00区00町
事業所名称 00病院
事業主氏名 00 00
電話 000(000)0000

神奈川県医療従事者健康保険組合理事長 あて
日提出

署名・捺印をしてください。

(申出人)
住所 〒000-0000 横浜市00区00町
氏名 横浜 療子
電話番号 000(000)0000