

産休改定

健康保険 産前産後休業等終了時報酬月額変更届
厚生年金保険

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	
	事業所 所在地	〒 _____
	事業所 名称	_____
事業主 氏名	_____	
電話番号	(_____) _____	

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

申出人署名欄	産前産後休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。 (健康保険法施行規則第38条の3)	令和 年 月 日
	健康保険組合理事長あて	
	住所	
	氏名	電話 (_____) _____

被保険者欄	① 被保険者 整理番号	_____										② 個人番号 (基礎年金番号)	_____									
	③ 被保険者 氏名	フリガナ 氏 _____ 名 _____	④ 被保険者 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	⑦ 産前産後休業終了年月日	9.令和	年	月	日										
	⑤ 子の 氏名	フリガナ 氏 _____ 名 _____	⑥ 子の 生年月日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑧ 給与 支給月	月	日	給与計算の 基礎日数	日	⑨ 通貨	円	⑩ 現物	円	⑪ 合計 (⑨+⑩)	円	⑫ 総計	円		
	⑧ 給与 支給月	月	日	⑩ 平均額	円	⑪ 修正 平均額	円	⑫ 従前標準 報酬月額	千円	⑬ 昇給 降給	千円	⑭ 1.昇給 2.降給	月	⑮ 遡及 支払額	円	⑯ 改定 年月	年	月				
	⑫ 従前標準 報酬月額	千円	⑬ 昇給 降給	千円	⑭ 1.昇給 2.降給	月	⑮ 遡及 支払額	円	⑯ 改定 年月	年	月											
	⑯ 給与 締切日 支払日	締切日 日	支払日 当月 翌月	日	⑰ 備考																	
	⑰ 備考																					
	⑱ 月変該当 の確認	産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて、育児休業等を開始していませんか。 該当する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 開始していません。 注：育児休業等を開始した場合は、この申出はできません。																				

東糧健康保険組合