

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎記入の方法は裏面をご覧ください。
 ◎「※」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。

記号	番号	給与締切日	日	給与支払日	日	当月翌月	日
※年金手帳の基礎年金番号		被保険者の氏名			被保険者の生年月日		◎種別
.....		(氏) (名)			昭 5	年	月
.....					平 7		日
		被保険者の生年月日		育児休業等を終了した年月日		従前の標準報酬月額	
(氏) (名)		令和 9	年	月	日	令和 9	年
						健	千円
						厚	千円
報酬月額				支払基礎日数 17日以上月の 報酬月額の 総計	改定年月	備考	
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	円	年 月	[週及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月]	
月 日	円	円	円	円		円	
月 日	円	円	円	平均額	修正平均額	円	
月 日	円	円	円	円	円	年 月	
※決定後の標準報酬月額				社会保険労務士の提出代行者名記載欄			
健	千円						
厚	千円			Ⓜ	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。

令和 年 月 日提出

〒 -

(事業主)

事業所所在地

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。

サニーピア健康保険組合 あて

令和 年 月 日提出

〒 -

(申出人)

住所

氏名 Ⓜ

電話番号 () -