| 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。
◎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。

| 記　号 | 番　号 |
|---|---|
| 20 | 213 |

| 給与締切日 | 末 日 | 給与支払日 | 当月 翌月(○) 15 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 | ㋐種別 |
|---|---|---|---|
| | (ﾌﾘｶﾞﾅ) コウベ ハナコ<br>(氏) 神戸 (名) 花子 | 昭(5) 平 7 年 6 1 月 0 4 日 2 1 | 1・(2)<br>5・6 |

| 養育する子の氏名 | 養育する子の生年月日 | 育児休業等を終了した年月日 | 従前の標準報酬月額 |
|---|---|---|---|
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) コウベ サブロウ<br>(氏) 神戸 (名) 三郎 | 令和9 年 0 1 月 0 5 日 0 1 | 令和9 年 0 2 月 0 4 日 3 0 | 健 280 千円<br>厚 280 千円 |

| 報酬月額 | | | | | | 支払基礎日数17日以上の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 | | | | |
| 5 月 | 0 日 | 円 0 | 円 0 | 円 0 | | 円 470,000 | 2 年 8 月 | 円 |
| 6 月 | 31 日 | 円 235,000 | 円 0 | 円 235,000 | 平均額 | | 修正平均額 | 円 |
| 7 月 | 30 日 | 円 235,000 | 円 0 | 円 235,000 | 円 235,000 | | 円 | 年 月 |

| ※決定後の標準報酬月額 |
|---|
| 健 千円 |
| 厚 千円 |

| 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 | |
|---|---|
| | ㊞ |

受付日付印

（事業主）

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 2 年 8 月 1 日提出

〒 650 － ××××

事業所所在地　神戸市中央区○○○・・・

事業所名称　△△株式会社

事業主氏名　代表取締役社長　東京　一郎　印 ㊞

電　話　（ 078 ）○○○ － ××××

（申出人）

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 2 年 8 月 1 日提出

〒 650 － △△△△

住所　神戸市中央区□□□・・・

氏名　神戸　花子　印 ㊞

電話番号　（ 078 ）△△△ － ○○○○

サニーピア健康保険組合