

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

## 健康保険 産前産後休業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								
20	212								
※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) <span style="color: red;">健保 花子</span> (名)			昭 <span style="color: red;">5</span> 年 月 日			( <span style="color: red;">2</span> )	
		(氏) <span style="color: red;">健保 三郎</span> (名)			平 7 6 0 0 3 0 1			6	
養育する子の氏名		養育する子の生年月日		産前産後休業を終了した年月日		従前の標準報酬月額			
(氏) <span style="color: red;">健保 三郎</span> (名)		令和 9 0 1 0 5 0 1		令和 9 0 1 0 6 2 6		健 280 千円			
						厚 280 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		<input checked="" type="checkbox"/> 開始していません  <input type="checkbox"/> 開始しました	
7 月 12 日		円 153,000		円 0		円 153,000			
8 月 31 日		円 265,000		円 0		円 265,000			
9 月 31 日		円 255,000		円 0		円 255,000			
※決定後の標準報酬月額				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。					
健 千円		申出される被保険者の方が記入 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) してください。							
厚 千円		(注) 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た場合は、当該申出はできません。							

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	(印)

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 1 年 9 月 22 日提出

〒 650 - 0000

事業所所在地 神戸市中央区〇〇 2-2

事業所名称 株式会社サニー港運

事業主氏名 組合 次郎 (印)

電話番号 (078) ×××- ××××

健康保険法施行規則第38条の3の規定による申出をします。

サニーピア健康保険組合理事長 あて

令和 1 年 9 月 20 日提出

〒 650 - 0024

住所 神戸市中央区〇〇 1-1

氏名 健保 花子 (印)

電話番号 (078) 〇〇〇-〇〇〇〇