

常務理事	事務長	事務次長	担当者

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ◎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。

①被保険者証の記号		②被保険者証番号		給与締切日		給与支払日		当月翌月					
.....		.....		日		日		日				
⑦年金手帳の基礎年金番号				④被保険者の氏名				③被保険者の生年月日				⑦種別	
.....				フリガナ (氏) (名)				昭 5 年	 月	 日	1 男
.....							平 7 年	 月	 日	2 女
⑤養育する子の氏名			⑥養育する子の生年月日			⑧育児休業等を終了した年月日			⑨従前の標準報酬月額				
フリガナ (氏) (名)			平成 年 月 日			平成 年 月 日			健 千円				
.....			令和 年 月 日			令和 年 月 日			厚 千円				
報 酬 月 額				⑩支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計		④改定年月		⑪備考 〔 遡及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月 〕					
⑫ 算定対象月の報酬支払基礎日数		⑬ 通貨によるものの額	⑭ 現物によるものの額									⑮ 合計	
..... 月 日		..... 円	..... 円	..... 円		..... 年 月		..... 円			
..... 月 日		..... 円	..... 円	..... 円		⑯平均額		⑰修正平均額		..... 円	
..... 月 日		..... 円	..... 円	..... 円		..... 円		..... 円		..... 年 月	
※⑤ 決定後の標準報酬月額			送 信			⑫ 育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始していませんか。 申出される被保険者の方が記入(☑)してください。 (注) 育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、当該申出はできません。			<input type="checkbox"/> 開始していません <input type="checkbox"/> 開始しました				
健 千円													
厚 千円													

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊟

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 年 月 日提出

〒

(事業主) 事業所所在地

(事業主) 事業所名称

事業主氏名 ㊟

電話番号 (.....)

健康保険法施行規則第38条の2及び厚生年金保険法施行規則第10条の規定による申出をします。

神奈川県機器健康保険組合理事長 あて

令和 年 月 日提出

〒

(申出人) 住所

氏名 ㊟

電話番号 (.....)

【記入上の注意】

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。

※育児休業等終了日の翌日に産前産後休業を開始している場合は、申出できません。

【記入の方法】

1. ③の年号は、該当する数字を○印で囲んでください。

生年月日は、例えば昭和47年11月7日の場合は、

昭	⑤	年		月		日	
平	7	4	7	1	1	0	7

のように記入してください。

2. ⑦の種別は、次の該当する数字を○印で囲んでください。

1: 男子 2: 女子

3. ④は、養育する子の生年月日を記入してください。

たとえば平成17年1月1日生まれの場合は、

平成		年		月		日
令和	1	7	0	1	0	1

のように記入してください。

4. ⑦欄には、報酬のうち、臨時に受けたものおよび年3回以下で支払われるもの以外のもので、通貨で支払われた賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が、労働の対償として受けた、すべてのものの額を、それぞれ該当の欄に記入してください。
5. ⑨欄には、報酬のうち、食事、住宅、被服など通貨以外のもので支払われたものについて、健康保険法第46条または厚生年金保険法第25条の規定によって厚生労働大臣が定めた価額によって算定した額を、それぞれの該当の欄に記入してください。
6. ⑩欄には、⑨欄の額を報酬支払の基礎となった日数17日以上月の数で除して得た額を、記入してください。
7. ⑪備考欄の「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。
8. 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。
また、申出者の押印についても、署名(自筆)の場合は省略できます。