

正

常務理事	事務長	担当者

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

保険証の記号		番号					
被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別			
(フリガナ)		年 月 日		男 1 女 2			
(氏)		昭 5 平 7					
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	
(フリガナ)		年 月 日		年 月 日			
(氏)		令和		令和		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 (遡及支払額昇(降)給差の月昇(降)給月)	
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				
月 日	円	円	円	円	年 月	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印		受付日付印	
千円							

上記のとおり被保険者から申し出がありましたので提出します。

令和 年 月 日提出

事業所所在地 〒 -

(事業所名称)

事業主 事業主氏名

(電話番号 () -)

健康保険法施行規則第38条の2の規定による申し出をします。

ふくおかICT健康保険組合 殿

令和 年 月 日提出

(住所 〒 -)

申出人 氏名

(電話番号 () -)

- ◎申出をする方は、網掛け部分を記入し、事業主あて提出してください。
- ◎「※」欄は、記入しないでください。
- ◎この届書と一緒に「健康保険育児休業等終了時報酬月額改定通知書」も提出してください。