

副

健康保険 育児休業等終了時標準報酬月額改定通知書

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)				昭5		年 月 日		男 1 女 2					
(氏)		(名)		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)				令和		年 月 日		令和		年 月 日			
(氏)		(名)										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		年 月		円			
月 日		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				上記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。									
				令和 年 月 日									

ふくおか I C T 健康保険組合

事業所所在地		〒		—	
事業所名称					
事業主氏名				様	
電話番号 ()				—	

1 この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会（厚生労働省内）に再審査請求できます。

なお、この決定の取消の訴えは、再審査請求の裁定を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3か月を経過しても裁定がないときや、決定の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁定を経なくても提起できます。

ただし、原則として、裁定の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

2 この通知を受け取ったら、すみやかに決定された事項を被保険者に通知しなければなりません。