

届書コード	処理区分	届書
2 2 1	8	

事務所長	副事務所長	グループ長	担当者

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届
厚生年金保険

◎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、太枠部分を記入しないでください。
◎「※」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。

①事業所整理記号		②被保険者整理番号		給与締切日	00 日	給与支払日	当月 翌月 00 日	
0 0		0000						
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		⑧種別
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				健保 愛子		明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7		1 2 3 5 6 7
⑨養育する子の氏名		⑩養育する子の生年月日		⑪育児休業等を終了した年月日		⑫従前の標準報酬月額		
健保 一郎		平成 0 0 年 月 日		平成 0 0 年 月 日		健 000 千円 厚 000 千円		
報酬月額				⑬支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計		⑭改定年月		⑮備考
⑯算定対象月の報酬支払基礎日数	⑰通貨によるものの額	⑱現物によるものの額	⑲合計	円		平成 00 年 00 月		〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕
00 月 00 日	000,000 円	000,000 円	000,000 円	000,000 円		円		
00 月 00 日	000,000 円	000,000 円	000,000 円	⑳平均額		㉑修正平均額		
00 月 00 日	000,000 円	000,000 円	000,000 円	000,000 円		円		年 月

※⑤ 決定後の標準報酬月額	送信
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。

平成 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 ⑳

電 話 () 局 番

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。

日本年金機構理事長 あて

平成 00 年 00 月 00 日提出

(申出人) 〒 000 - 0000

住所 ○○○○○○○○○○

氏名 健保 愛子 ㉑

電話番号 (00) 0000 - 0000