産休改定

健 康 保 険
厚生年金保険

産前産後休業終了時報酬月額変更届

黄色の網掛け部分を記入して下さい。

令和　　年　　月　　日提出

受付印

提出者記入欄

健康保険 被保険者証記号	
厚生年金保険 事業所整理記号	
事業所 所在地	〒　　－ こちらに事業所の 住所・名称・代表者名等を 記入して下さい。　（押印不要です）
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電話番号	（　　）

社会保険労務士記載欄｜氏名等

申出人署名欄

産前産後休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。
（健康保険法施行規則第38条の3）

令和　　年　　月　　日

健康保険組合理事長あて

住 所

氏 名　　電話　（　　）

被保険者欄

① 被保険者 整理番号		② 個人番号 （基礎年金番号）					
③ 被保険者 氏 名	フリガナ 氏　名		④ 被保険者 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
⑤ 子 の 氏 名	フリガナ 氏　名		⑥ 子 の 生年月日	7.平成 9.令和	年	月	日

⑦ 産前産後休業終了年月日			
9.令和	年	月	日

⑧ 給与支給月及び報酬月額	支給月	給与計算の基礎日数	㋐通貨	㋑現物	㋒合計（㋐+㋑）	⑨ 総 計	
	月	日	円	円	円		円
	月	日	円	円	円	⑩ 平均額	円
	月	日	円	円	円	⑪ 修正平均額	円

⑫ 従前標準報酬月額	健保	千円	厚年	千円	⑬ 昇給降給	1.昇給 2.降給	月	⑭ 遡及支払額	遡及支払額	月	円	⑮ 改定年月	年	月

⑯ 給与締切日支払日	締切日	日	支払日	当月 翌月	日	⑰ 備 考	

⑱ 月変該当の確認

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。

該当する場合はチェックしてください。　☐ 開始してません。　注：育児休業等を開始した場合は、この申出はできません。

〇〇健康保険組合