

届書コード	処理区分	届書
2 2 1 8		

常務理事	事務長	係長	担当者

健康保険 厚生年金保険 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。
◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎「※」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		給与縮切日		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			⑨種別
				(氏) (名)			明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7			1・2・3 5・6・7
⑤養育する子の氏名			⑥養育する子の生年月日			⑦育児休業等を終了した年月日			⑧従前の標準報酬月額	
(氏) (名)			平成 年 月 日			平成 年 月 日			健 千円 厚 千円	
報 酬 月 額				⑩支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計		④改定年月		②備 考		
①算定対象月の報酬支払基礎日数		②通貨によるものの額		③現物によるものの額		④合計		〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕		
月 日		円		円		円		平成 年 月 円		
月 日		円		円		円		⑦平均額 ⑧修正平均額 円		
月 日		円		円		円		円 年 月		
※⑤ 決定後の標準報酬月額		健 千円		厚 千円		送 信		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 ④

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 年 月 日提出

〒 -

(申出人) 住所

氏名 ④

電話番号 () 局 番