

届書コード	処理区分	届書
2 2 1		

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

## 健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎ 申請をする方は、太枠部分を記入し、事業主あて提出してください。  
※ 印欄は、記入しないでください。

①事業所整理記号		②被保険者整理番号		給与締切日	24 日	給与支払日	当 月 末		
5 0		100							
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	
				(フリガナ) レンゴウ ハナコ (氏) 連合 花子		昭 5 年 月 日 平 7 5 8 0 8 0 1		2 6	
⑨養育する子の氏名		⑩養育する子の生年月日		⑪産前産後休業を終了した年月日		⑫従前の標準報酬月額			
(フリガナ) レンゴウ ケンタ (氏) 連合 健太		平 7 年 月 日 令 9 0 2 0 5 2 1		令 9 0 2 0 7 1 6		健 200 千円 厚 200 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		〔 遡及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月 〕	
7 月 15 日		円 90,000		円		円 90,000			円
8 月 31 日		円 180,000		円		円 180,000			円
9 月 30 日		円 180,000		円		円 180,000		円	
※⑤ 決定後の標準報酬月額		送 信		⑲ 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。 申出される被保険者の方が記入 (☑) してください。 (注) 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た場合は、当該申出はできません。				☑ 開始していません ☐ 開始しました	
健 180 千円									
厚 180 千円									

社会保険労務士の提出代行者

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。	
令和 2 年 10 月 5 日提出	
〒 530 - 0000	
(事業主)	事業所所在地 大阪市北区〇町 〇-〇-〇
(事業主)	事業所名称 丸紅〇×〇× 株式会社
(事業主)	事業主氏名 山田 〇男
(事業主)	電話番号 ( 000 ) 000 - 0000

健康保険法施行規則第38条の3及び厚生年金保険法施行規則第10条の2の規定による申出をします。	
丸紅連合健康保険組合理事長 あて	
令和 2 年 10 月 1 日提出	
〒 530 - 0000	
(申出人)	住所 大阪市北区〇〇町 〇-△-□
(申出人)	氏名 連合 花子
(申出人)	電話番号 ( 000 ) 000 - 0000