

|    |      |       |      |     |
|----|------|-------|------|-----|
|    | 常務理事 | マネジャー | リーダー | 担当者 |
| 決裁 |      |       |      |     |

## 健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

・「※」印欄は記入しないでください。  
 ・養育のため育児休業により保険料免除の申出の場合に提出してください。  
 ・（被保険者↓事業主經由組合へ）

|                        |               |                          |                |                              |     |          |               |                              |   |   |   |
|------------------------|---------------|--------------------------|----------------|------------------------------|-----|----------|---------------|------------------------------|---|---|---|
| 記号                     |               | 被保険者（申出者）の氏名と印<br>(フリガナ) |                |                              |     | 性別       | 被保険者の生年月日     |                              |   |   |   |
| 番号                     |               | 印                        |                |                              |     | 男<br>1 昭 | 年             | 月                            | 日 |   |   |
|                        |               |                          |                |                              |     | 女<br>2 平 |               |                              |   |   |   |
| 養育する子の氏名<br>(フリガナ)     |               |                          |                | 養育する子の生年月日                   |     |          | 養育休業等を終了した年月日 |                              |   |   |   |
| 氏名                     |               |                          |                | 平成                           | 年   | 月        | 日             | 平成                           | 年 | 月 | 日 |
| 報 酬 月 額                |               |                          |                | 支払基礎日数<br>17日以上月の報酬月額の<br>総計 |     | 改定年月     |               | 備 考                          |   |   |   |
| 算定対象月の<br>報酬支払基礎<br>日数 | 通貨による<br>ものの額 | 現物による<br>ものの額            | 合計             | 円                            |     | 年 月      |               | 遡及支払額<br>昇(降)給差の月額<br>昇(降)給月 |   |   |   |
| 月 日                    | 円             | 円                        | 円              | 円                            | 円   | 年 月      |               | 円                            |   |   |   |
| 月 日                    | 円             | 円                        | 円              | 円                            | 平均額 | 修正平均額    |               | 円                            |   |   |   |
| 月 日                    | 円             | 円                        | 円              | 円                            | 円   | 円        |               | 年 月                          |   |   |   |
| 従前の<br>標準報酬月額          |               |                          | 決定後の<br>標準報酬月額 |                              |     |          |               |                              |   |   |   |
| 千円                     |               |                          | 千円             |                              |     |          |               |                              |   |   |   |

|           |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申出人が証明する欄 | 健康保険法施行規則第38条の2の規定による申出をします。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 健康保険組合 殿                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 平成 年 月 日提出                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住所                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏名 印                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話 ( )    |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業主が証明する欄 | 上記のとおり被保険者から申出がありましたので提出いたします。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 平成 年 月 日提出                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 事業所の所在地名称                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 事業主の氏名 印                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 電話 ( )                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

〱 受付日付印 〱

## 健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

|                        |               |               |                |   |                              |       |     |   |   |                          |     |                              |   |   |    |  |   |   |   |
|------------------------|---------------|---------------|----------------|---|------------------------------|-------|-----|---|---|--------------------------|-----|------------------------------|---|---|----|--|---|---|---|
| 記号                     |               |               |                |   |                              |       |     |   |   | 被保険者（申出者）の氏名と印<br>(フリガナ) | 性別  | 被保険者の生年月日                    |   |   |    |  |   |   |   |
| 番号                     |               |               |                |   |                              |       |     |   |   |                          | 男・女 | 1 昭                          | 年 | 月 | 日  |  |   |   |   |
|                        |               |               |                |   |                              |       |     |   |   |                          | 印   | 2 平                          |   |   |    |  |   |   |   |
| 養育する子の氏名<br>(フリガナ)     |               |               |                |   | 養育する子の生年月日                   |       |     |   |   | 養育休業等を終了した年月日            |     |                              |   |   |    |  |   |   |   |
| 氏名                     |               |               |                |   |                              |       |     |   |   | 平成                       |     | 年                            | 月 | 日 | 平成 |  | 年 | 月 | 日 |
| 報 酬 月 額                |               |               |                |   | 支払基礎日数<br>17日以上月の報酬月額<br>の総計 |       |     |   |   | 改定年月                     |     | 備 考                          |   |   |    |  |   |   |   |
| 算定対象月の<br>報酬支払基礎<br>日数 | 通貨によるも<br>のの額 | 現物によるも<br>のの額 | 合計             |   |                              |       |     |   |   |                          |     | 遡及支払額<br>昇(降)給差の月額<br>昇(降)給月 |   |   |    |  |   |   |   |
| 月                      | 日             | 円             | 円              | 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 |   |   |                          |     |                              |   |   |    |  |   |   |   |
| 従前の<br>標準報酬月額          |               |               | 決定後の<br>標準報酬月額 |   |                              |       |     |   |   |                          |     |                              |   |   |    |  |   |   |   |
|                        |               |               | 千円             |   |                              | 千円    |     |   |   |                          |     |                              |   |   |    |  |   |   |   |

上記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。

|           |           |     |
|-----------|-----------|-----|
| 事業主が証明する欄 | 事業所の所在地名称 |     |
|           | 事業主の氏名    | 印   |
|           | 電話        | ( ) |

確認日付印

- 1 この通知書のことでわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。  
この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提訴することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提訴することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提訴することができなくなります。）なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提訴することができます。
- 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て下さい。