

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

## 健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎ 申出をする方は、「※」印欄は、記入しないでください。

記号		被保険者の氏名				被保険者の生年月日						
		(フリガナ)				昭和	年	月	日			
番号		(印)				平成	年	月	日			
養育する子の氏名					養育する子の生年月日				産前産後休業を終了した年月日			
(フリガナ)					平成	年	月	日	平成	年	月	日
報 酬 月 額					支払基礎日数 17日以上月の 報酬月額 の総計		改定年月		備 考			
算定対象月の報酬 支払基礎日数	通貨による ものの額		現物による ものの額		合計		年 月		週及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月			
月 日	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	
従前の標準報酬月額			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。						<input type="checkbox"/> 開始していません			
※決定後の標準報酬月額									<input type="checkbox"/> 開始しました			

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

受付日付印

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します。			
	平成	年	月	日提出
	事業所の所在地・名称			
	事業主氏名			
電話番号 ( ) -				

申出人が証明する欄	健康保険法施行規則第38条の3の規定による申出をします。			
	MBK連合健康保険組合 理事長 殿			
	平成	年	月	日提出
	〒 - 住所			
氏名				
電話番号 ( ) -				

## 健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

記号		被保険者の氏名				被保険者の生年月日						
		(フリガナ)				昭和	年	月	日			
番号		(印)				平成	年	月	日			
養育する子の氏名					養育する子の生年月日				産前産後休業を終了した年月日			
(フリガナ)					平成	年	月	日	平成	年	月	日
報 酬 月 額					支払基礎日数 17日以上月の 報酬月額 の総計		改定年月		備 考			
算定対象月の報酬 支払基礎日数	通貨による ものの額	現物による ものの額	合計						遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月			
月 日	円	円	円		円		年 月			円		
月 日	円	円	円		平均額		修正平均額					
月 日	円	円	円		円		円		年 月			
従前の標準報酬月額												
		千円										
※決定後の標準報酬月額												
		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。

確認日付印

事業主が証明する欄	事業所の所在地・名称
	事業主氏名 (印)
	電話番号 ( ) -

- 1 この通知書の中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。