



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
育児休業等終了時報酬月額変更届**

給与 締切日	日	給与 支払日	日	当月 翌月	日
-----------	---	-----------	---	----------	---

「※」印欄は記入しないでください。

①被保険者証の記号		②被保険者証の番号		⑦被保険者の氏名				③被保険者の生年月日				①種別					
				(フリガナ) (氏)		(名)		昭和	年	月	日	平成	年	月	日	男・女	
⑤養育する子の氏名				⑥養育する子の生年月日				⑧産前産後休業・育児休業等を終了した年月日				⑨従前の標準報酬月額					
(フリガナ) (氏)				(名)				平成	年	月	日	平成	年	月	日	健	千円
								令和	年	月	日	令和	年	月	日	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				⑪備考					
⑫算定対象月の報酬支払基礎日数		⑬通貨によるものの額		⑭現物によるものの額		⑮合計		円				〔遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月〕					
月 日		円		円		円		円				円					
月 日		円		円		円		円				円					
月 日		円		円		円		円				円					
※⑮ 決定後の標準報酬月額																	
健				千円													
厚				千円													

受付日付印

社会保険労務士記載欄

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。

令和 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

電話番号 () -

健康保険法施行規則第38条の2条の規定による申出をします。

大阪府建築健康保険組合理事長 あて

令和 年 月 日提出

〒 -

(申出人) 住所

氏名

電話番号 () -