



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	給与支払日	当月翌月
日	日	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				④種別
				(フリガナ) (氏) (名)		昭 5	年	月	日	1・2
						平 7				
⑧養育する子の氏名			⑨養育する子の生年月日			⑩産前産後休業・育児休業等を終了した年月日			⑪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	
									厚 千円	
報酬月額				⑫支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計		⑬改定年月		⑭備考		
⑮算定対象月の報酬支払基礎日数	⑯通貨によるものの額	⑰現物によるものの額	⑱合計			年 月		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	⑲平均額		⑳修正平均額		円		
月 日	円	円	円	円		円		年 月		
※⑤ 決定後の標準報酬月額										
健 千円										
厚 千円										

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

⑲

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 ⑲

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

平成 年 月 日提出

〒

(申出人) 住所

氏名 ⑲

電話番号 ()