

事務理事	事務長	司理	課長	課長代理	係長	主任	担当

健康保険
厚生年金保険

産前産後休業終了時報酬月額変更届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所記号									受付印
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 _____								
	事業所名称									
	事業主氏名									
電話番号	(_____) _____									
社会保険労務士記載欄										
氏名等										

申出者欄	<input type="checkbox"/> 産前産後休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。 (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) ※必ず口に✓を付けてください。										令和 年 月 日
	健康保険組合理事長あて										
	住所										
	氏名										電話 (_____) _____

被保険者欄	① 被保険者番号	② 個人番号										
	③ 被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	④ 被保険者生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	⑦ 産前産後休業終了年月日 9.令和 年 月 日			
	⑤ 子の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	⑥ 子の生年月日	9.令和	年	月	日				
	⑧ 給与支給月及び報酬月額	支給月	給与計算の基礎日	⑦ 通貨	⑧ 現物		⑨ 合計		⑩ 総計			
		月	日	円	円		円		円			
		月	日	円	円		円		円			
	⑫ 従前標準報酬月額	健	厚	⑬ 昇給降給	1. 昇給 2. 降給		⑭ 遡及支払額	⑮ 改定年月		9.令和 年 月		
	⑯ 給与締切日	締切日	支払日	⑰ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者 2. 二以上勤務被保険者 3. 短時間労働者 4. パート 5. その他() (特定適用事業所等)							
	⑱ 月変該当の確認	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。 <input type="checkbox"/> 該当する場合はチェックしてください <input type="checkbox"/> 開始していません ※ 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、この申出はできません。										

○ 産前産後休業終了時報酬月額変更届とは

産前産後休業終了日に当該産前産後休業に係る子を養育している被保険者は、一定の条件を満たす場合、随時改定に該当しなくても、産前産後休業終了日の翌日が属する月以後3カ月間に受けた報酬の平均額に基づき、4カ月目の標準報酬月額から改定することができます。

ただし、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、この申出はできません。