

届書コード	処理区分	届書
2 2 1	6	

常務理事	部長	課長	課長代理	係長	担当者

健康保険
厚生年金基金
厚生年金基金

産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
①～⑩の印欄は、記入しないでください。事業主あて提出してください。

①事業所整理記号		②被保険者整理番号		加入員番号			CD	給与締切日	給与支払日	当月翌月
※										
⑦年金手帳の基礎年金番号				④被保険者の氏名			③被保険者の生年月日			⑦種別
				(氏) (名)			昭 5 年 月 日 平 7			2 6
⑤養育する子の氏名			⑥養育する子の生年月日			⑦産前産後休業等を終了した年月日			⑧従前の標準報酬月額	
(氏) (名)			平成 7 年 月 日			平成 7 年 月 日			健 千円 厚 千円	
報酬月額				② 支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計		④改定年月		⑨備考		
⑦ 算定対象月の報酬支払基礎日数		⑧ 通貨によるものの額		⑩ 現物によるものの額		⑪ 合計		〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕		
月 日		円		円		円		平成 年 月 円		
月 日		円		円		円		⑫平均額 ⑬修正平均額 円		
月 日		円		円		円		年 月 円		
※⑤ 決定後の標準報酬月額			⑭ 産前産後休業を終了した日の翌月に引き続いて育児休業等を開始していませんか。 申請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請はできません。						<input type="checkbox"/> 開始していません <input type="checkbox"/> 開始しました	
健 千円			送 信						厚 千円	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

⑭

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
事業所名称
事業主氏名 ⑮
電 話 () 局 番

健康保険法施行規則第38条の2及び厚生年金保険法施行規則第10条の規定による申出をします。

日本年金機構理事長 あて
厚生年金基金理事長 あて
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 ⑯
電 話 番 号 () 局 番