

健康保険

育児休業等終了時報酬月額変更届

提出者記入欄	令和 ** 年 ** 月 ** 日		常務理事	事務長	係員	担当者	
	事業所所在地	事業主印		担当者印	健保受付印		保険料計算月
	事業所名称			印			
	事業主氏名						
電話番号	()						

HOYA健康保険組合理事長あて
 育児休業等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2)

令和 * * * * 年 * * 月 * * 日

被保険者記号	被保険者番号	氏名	(フリガナ) ○○○ ○○○○	(氏) ○○○ (名) ○○○○	生年月日	昭和 * * * * 年 * * 月 * * 日	平成 * * * * 年 * * 月 * * 日
○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○						

被保険者本人の届出意思を確認しました。 ※左記に がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

住所 (フリガナ) * * * * - * * * *
 都道府県から記入してください。 電話 * * * * (* * * *) * * * *

子の氏名	(フリガナ) ○○○ ○○○○	(氏) ○○○ (名) ○○○○	子の生年月日	令和 * * * * 年 * * 月 * * 日	育児休業等終了年月日	令和 * * * * 年 * * 月 * * 日
------	-----------------	------------------	--------	--------------------------	------------	--------------------------

給与 支給月 及び 報酬月額	支給月	給与計算の 基礎日数	通貨	現物	合計	総計
	月	日	円	円	円	
	月	日	円	円	円	平均額
	月	日	円	円	円	修正平均額

事業主の記入欄です。
記入もれのないようにお願いします。

従前標準報酬月額	千円	昇給・降給	昇給 降給	月	遡及支払額	改定年月	令和 * * * * 年 * * 月
----------	----	-------	-------	---	-------	------	--------------------

給与 締切日・ 支払日	締切日	支払日	該当する項目を○で囲んでください。	一般	パートタイマー	短時間労働者	二以上勤務被保険者	その他 ()
	日	日						

当該する場合はレ点をしてください。

月額該当の確認 育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて、
 産前産後休業を開始していませんか。 開始していません。 ※育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて、産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。

○ 育児休業等終了時報酬月額変更届とは
 「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」による満3歳未満の子を養育するための育児休業等（育児休業及び育児休業に準ずる休業）終了日に3歳未満の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、育児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、育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。

○ 変更後の標準報酬月額が以前より下がった方へ
 3歳未満の子を養育する被保険者または被保険者であった方で、養育期間中の各月の標準報酬月額が、養育開始月の前月の標準報酬月額を下回る場合、「養育期間の従前標準報酬月額みなし措置」という制度をご利用いただけます。この申出をいただきますと、将来の年金額の計算時には養育期間以前の従前標準報酬月額を用いることができますので、『育児休業等終了時報酬月額変更届』とあわせて、『養育期間標準報酬月額特例申出書』を提出してください。

-- 健康保険組合使用欄 --

健保	改定月	令和	年	月	決定後の標準報酬月額	千円
	/					