

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

事業主欄	事業所記号	提出日：令和 年 月 日	受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	( )	
社会保険労務士の提出代行者			

申出者署名欄	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)		
	パレット健康保険組合 理事長あて	令和 年 月 日	
	住 所 〒 -		
	被保険者氏名 _____ (自署)		
	電 話 番 号 ( )		

被保険者欄	番号	被保険者氏名 (フリガナ)	被保険者生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日		
	子の氏名 (フリガナ)	子の生年月日	9. 令和	年 月 日	産前産後休業終了年月日		
	支給月	給与計算の基礎日数	⑦通貨	⑧現物	⑨合計	総計	
	給与支給月及び報酬月額	月 日	円	円	円	円	
	平均額	円	円	円	円	円	
	修正平均額	円	円	円	円	円	
	従前標準報酬月額	健 厚	千円 千円	昇給降給	1. 昇給 2. 降給	週及支払額	改定年月
	給与締切日	締切日	支払日	該当する項目に☑を入れてください			
	備考	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> パートタイマー <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者					
	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。 ※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。 <input type="checkbox"/> 開始していません 該当する場合は☑してください					

常務理事	事務長			担当