

常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎ 申出をする方は、「※」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		給与締切日	日	給与支払日	日	当月翌月	日		
⑦事業所の名称				①被保険者の氏名			③被保険者の生年月日				
				(氏) (名)			○ 昭 ○ 平				
⑦養育する子の氏名				⑤養育する子の生年月日			④産前産後休業を終了した年月日			⑧従前の標準報酬月額	
(氏) (名)				令和9年 月 日			令和9年 月 日			千円	
報酬月額				⑨支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計			④改定年月			⑩備考	
⑪算定対象月の報酬支払基礎日数		⑫通貨によるものの額		⑬現物によるものの額		⑭合計		(遡及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月)			
月 日		円		円		円		円			
月 日		円		円		円		円			
月 日		円		円		円		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日に引き続いて育児休業等を開始していませんか。						□ 開始していません	
千円				申出される被保険者の方が記入 (☑) してください。						□ 開始しました	
				(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、当該申出はできません。							

社会保険労務士の提出代行者印	
	⑮

受付日付印

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。

令和 年 月 日提出

〒 -

(事業主)

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ⑯

電話番号 () -

健康保険法施行規則第38条の規定による申出をします。

新潟県農業団体健康保険組合理事長 あて

令和 年 月 日提出

〒 -

(申出人)

住所

氏名 ⑰

電話番号 () -

【記入上の注意】

申出をする方は、太枠部分を記入し、事業主あて提出してください。

※産前産後休業終了日の翌日に育児休業等を開始している場合は、申出できません。

【記入の方法】

1. ㊸の年号は、該当する文字を選んでください。
生年月日は、たとえば昭和57年11月7日の場合は、

<input checked="" type="radio"/> 昭	年	月	日
<input type="radio"/> 平	5 7	1 1	0 7

のように記入してください。

2. ㊹は、養育する子の生年月日を記入してください。
たとえば令和1年6月30日生まれの場合は、

令和 9	年	月	日
0 1	0 6	3 0	

のように記入してください。

3. ㊺欄には、報酬のうち、臨時に受けたものおよび年3回以下で支払われるもの以外のもので、通貨で支払われた賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が、労働の対償として受けた、すべてものの額を、それぞれ該当の欄に記入してください。
4. ㊻欄には、報酬のうち、食事、住宅、被服など通貨以外のもので支払われたものについて、健康保険法第46条の規定によって厚生労働大臣が定めた価額によって算定した額を、それぞれの該当の欄に記入してください。
5. ㊼欄には、㊹欄の額を報酬支払の基礎となった日数17日以上月の数で除して得た額を、記入してください。
6. ㊽備考欄の「遡及支払額」には算定対象月内に支払われた通常給以外の報酬を、「昇(降)給差の月額」には昇(降)給により増(減)された額の月額を、「昇(降)給月」には昇(降)給または遡及分の支払が行われた月を、それぞれの該当の欄に記入してください。
7. 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。
また、申出者の押印についても、署名(自筆)の場合は省略できます。