

届書コード	処理区分	届出
113		

常務理事	事務長	課長	係

正

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎◎ 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。

①健康保険被保険者証 記号・事業所番号		②健康保険被保 険者証番号		給 与 締 切 日	給 与 支 払 日	当 月	⑥種別
1							
③個人番号〔基礎年金番号〕				④被保険者の氏名		⑤被保険者の生年月日	
				(フリガナ)		年 月 日	
				(氏) (名)			
⑦養育する子の氏名			⑧養育する子の生年月日		⑨育児休業等を終了した年月日		⑩従前の標準 報酬月額
(フリガナ)			年 月 日		年 月 日		健 千円
(氏) (名)							厚 千円
報 酬 月 額				支払基礎日数 17日以上 の 報酬月額の総計		⑪改定年月	
⑫決定後の 標準報酬月額	⑬通貨による ものの額	⑭現物による ものの額	⑮合 計	⑯平均額		⑰修正額	
月 日 円	円	円	円	円		年 月	
月 日 円	円	円	円	円		1. 年 月	
月 日 円	円	円	円	円		2. 円	
						3. 月/ 円	
⑩※決定後の 標準報酬月額		⑱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	
健 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	
厚 千円		(注) 育児休業等休業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、当該申出はできません。					
⑲備考		該当する項目を選択してください。				受付日付印	
		()					

巨樹の会健康保険組合

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

事業所所在地 〒 -

(事業所名称
事業主氏名
電話番号 () 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。

巨樹の会健康保険組合理事長 あて

令和 年 月 日 提出

住所 〒 -

(申出
人氏名
電話番号 () 局 番

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

①年金整理記号		② 健保被保証番号 年金整理番号		給与締切日	給与支払日	当月	⑥種別
※				日	日	日	
③ 個人番号〔基礎年金番号〕				④ 被保険者の氏名		⑤ 被保険者の生年月日	
				(フリガナ)		年 月 日	
				(氏) (名)			
⑦ 養育する子の氏名			⑧ 養育する子の生年月日		⑨ 育児休業等を終了した年月日		⑩ 従前の標準報酬月額
(フリガナ)			年 月 日		年 月 日		健 千円
(氏) (名)							厚 千円
報酬月額				支払基礎日数 17日以上 の月 の 報酬月額の総計		⑪ 改定年月	
⑫ 算定対象月の 報酬支払基礎日数	⑬ 通貨による ものの額	⑭ 現物による ものの額	⑮ 合計	⑯ 平均額	⑰ 修正額	⑱ 1. 昇給または降給した月 2. 昇給または降給の別 3. 遡及支払額等	
月 日	円	円	円	円	円	年 月	1. 年 月
月 日	円	円	円	円	円	年 月	2. 円
月 日	円	円	円	円	円	年 月	3. 月/ 円
⑩※ 決定後の標準報酬月額			⑲ 備考				
健 千円			該当する項目を選択してください。				
厚 千円			()				

上記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。
令和 年 月 日

三樹の会健康保険組合理事長

事業所所在地 〒	—
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号 () 局	番

- この通知書のことでわからないことがあるときは当所へお尋ねください。この通知書の決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に文書または口頭で社会保険審査官(地方社会保険事務局内)に審請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に社会保険審査会(厚生労働省内)に再審査請求できます。なお、この処分の取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが再審査請求があった日から2か月を経過しても裁決がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。
- この通知書を受け取りましたら、すみやかに決定された標準報酬などをそれぞれの被保険者に通知してください。また、この通知書は完結となった日から起算して2年間は、事業主が保存してください。

巨樹の会健康保険組合

届書コード	処理区分	届書

部長	課長	主任	係

正

受付日付印

厚生年金保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎ 申出をする方は、「印欄」は記入し、太枠部分を記入し、事業主あて提出してください。

① 年金整理記号		② 年金整理番号		給与締切日		給与支払日		当月		⑥ 種別	
※											
③ 個人番号〔基礎年金番号〕				④ 被保険者の氏名				⑤ 被保険者の生年月日			
				(フリガナ)				年 月 日			
				(氏) (名)							
⑦ 養育する子の氏名				⑧ 養育する子の生年月日		⑨ 育児休業等を終了した年月日		⑩ 従前の標準報酬月額			
(フリガナ)				年 月 日		年 月 日		健 千円			
(氏) (名)								厚 千円			
報酬月額						支払基礎日数 17日以上 の月 の 報酬月額の総計		⑪ 改定年月		⑫ 1. 昇給または降給した月 2. 昇給または降給の別 3. 遡及支払額等	
⑬ 決定対象月の 報酬支払基礎日 数		⑭ 通貨による ものの額		⑮ 現物による ものの額		⑯ 合計		⑰ 平均額		⑱ 修正額	
月 日 円		円		円		円		年 月 円		1. 年 月 円	
月 日 円		円		円		円		円		2. 円	
月 日 円		円		円		円		円		3. 月/ 円	
⑩ 決定後の標準報酬月額				⑬ 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。							
健 千円				申出される被保険者の方が記入(✓)してください。				<input type="checkbox"/> 開始していません			
厚 千円				(注) 育児休業等休業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、当該申出はできません。				<input type="checkbox"/> 開始しました			
⑭ 備考		該当する項目を選択してください。									
()											

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

事業所所在地 〒 -

(事業所名称)

(事業主) 事業主氏名

() 電話番号 () 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

令和 年 月 日 提出

住所 〒 -

(申出人) 氏名

() 電話番号 () 局 番

巨樹の会健康保険組合