

届書コード			処理区分			届出
1	2	1				

常務理事	事務長	課長	係

正

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、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 日 給与支払日 日 当月 日											
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)							
⑥ 養育する子の氏名								⑦ 養育する子の生年月日				⑧ 産前産後休業を終了した年月日				⑨ 従前の標準報酬月額			
(フリガナ)												年 月 日				健康保険 千円			
(氏)								(名)								厚生年金 千円			
報酬月額								支払基礎日数 17日以上月の 報酬月額の総計				⑦ 改定年月				⑦ 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			
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		⑨ 現物による ものの額		⑩ 合計		⑪ 平均額		⑫ 修正平均額		1. 年 月		2. 円		3. 月/ 円			
月 日		円		円		円		円		円		年 月		円		円			
月 日		円		円		円		円		円		年 月		円		円			
月 日		円		円		円		円		円		年 月		円		円			
⑩※ 決定後の 標準報酬月額				⑪ 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。 申出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、当該申出はできません。				□ 開始していません □ 開始しました											
健康保険 千円																			
厚生年金 千円																			
⑫ 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 〒 ー

(事業主) 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3及び厚生年金保険法施行規則第10条の2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 〒 ー

(申出人) 氏名
電話番号 () 局 番

健康保険 産前産後休業終了時標準報酬月額改定通知書

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							
※																			
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)							
⑥養育する子の氏名								⑦養育する子の生年月日				⑧産前産後休業を終了した年月日				⑨従前の標準報酬月額			
(フリガナ)								年 月 日				年 月 日				健 千円			
(氏)								0 年 月 日				0 年 月 日				厚 千円			
報酬月額								⑩決定後の標準報酬月額				⑪備考				⑫改定年月			
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		⑨現物によるものの額		⑩合計		⑪支払基礎日数 17日以上月の報酬月額の総計		⑫改定年月		⑬1. 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		年 月		1. 年 月							
月 日		円		円		円		円		年 月		2. 円							
月 日		円		円		円		円		年 月		3. 月/ 円							
⑩決定後の標準報酬月額								⑪備考											
健 千円								()											
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											
								巨樹の会健康保険組合理事長											

巨樹の会健康保険組合

事業所所在地 〒	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	() 局 番

- 1 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ヵ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)に審査請求できます。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ヵ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ヵ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ヵ月以内に、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。
- 2 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。

届書コード	処理区分	届書

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

正

厚生年金保険 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、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																			
※				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)																			
⑥養育する子の氏名				⑦養育する子の生年月日				⑧産前産後休業を終了した年月日				⑨従前の標準報酬月額															
(フリガナ)				0 年 月 日				0 年 月 日				健 千円															
(氏)				(名)								厚 千円															
月 額				⑩決定後の標準報酬月額				⑪改定年月				⑫1. 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算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支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計				⑱平均額				⑲修正平均額			
月 日				円				円				円				円				年 月				1. 年 月			
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				健 千円				⑲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。				申出される被保険者の方が記入(✓)してください。				□ 開始していません											
厚 千円				(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。												□ 開始しました											
⑳備考				該当する項目を選択してください。												受付百付印											

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 〒 -

(事業主) 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3及び厚生年金保険法施行規則第10条の2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