

届書コード	処理区分	届書
2 2 1	8	

事務むかへ長 所 長	副事務むかへ長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ◎申出をする方は、太枠部分を記入してください。
 ◎「※」印欄は、記入しないでください。

①事業所整理記号		②被保険者整理番号		給与締切日	末	給与支払日	当月 翌月 25	
みなと		12345		日	日	日	日	
⑦年金手帳の基礎年金番号				④被保険者の氏名		③被保険者の生年月日		⑧種別
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0				社 労 士 朗		明 大 昭 平 1 3 5 7 年 月 日 4 4 0 9 1 9		① 2・3 5・6・7
⑤養育する子の氏名		⑥養育する子の生年月日		②育児休業等を終了した年月日		⑨従前の標準報酬月額		
社 労 太 郎		平 成 2 3 0 8 0 5		平 成 2 4 0 8 0 4		健 200 千円 厚 200 千円		
報 酬 月 額				④改定年月		⑩備考		
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	⑬ 備考 適及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月		
8 月 15 日	100,000 円	0 円	100,000 円	360,000 円	24 年 11 月	「改定年月」は育休終了日の翌日から数えて2か月後の日の属する月の翌月となります。		
9 月 30 日	180,000 円	0 円	180,000 円	⑭ 平均額	⑮ 修正平均額			
10 月 31 日	180,000 円	0 円	180,000 円	180,000 円				
※⑤ 決定後の標準報酬月額		送 信		社会保険労務士の提出代行者印				
健	千円	社会保険労務士の提出代行者印						
厚	千円							
				受付日付印				

被保険者本人の申し出による届出なので、事業主署名欄だけでなく、被保険者署名欄にも記入が必要です。

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。

平成 24 年 11 月 30 日提出
〒 231 - 0005

(事業主) 事業所所在地 **神奈川県横浜市中区本町2丁目15番地7階**

(事業主) 事業所名称 **ビジネスサポートセンター株式会社**

事業主氏名 **代表取締役 平川 将**

電 話 **045 (664) 局 0422 番**

法人代表印

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
平成 24 年 11 月 30 日提出

(申出人) 〒 144 - 8621
住所 **東京都大田区蒲田1丁目1番1号**

氏名 **社 労 士 朗**

電話番号 **03 (1245) 局 6789 番**

印