

理 事 長	常務理事	事 務 長	担 当 者

西日本新聞社健康保険組合
育児休業等終了時報酬月額変更届

◎「※」印欄は、記入しないでください。

事業所名称				給与締切日 日				給与支払日 日				当月翌月 日					
記号・番号				被保険者の氏名								被保険者の生年月日					
				(フリガナ) (氏)				(名)				昭 5 平 7		年 月 日			
養育する子の氏名				養育する子の生年月日				育児休業等を終了した年月日				従前の標準報酬月額					
(フリガナ) (氏)				(名)				平成		年 月 日		平成		年 月 日		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				改定年月				備 考					
算定対象月の報酬支払基礎日数		通貨によるものの額		現物によるものの額		合計						〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕					
月 日		円		円		円		円				年 月		円			
月 日		円		円		円		平均額				修正平均額		円			
月 日		円		円		円		円				円		年 月			
※決定後の標準報酬月額				申出者記入欄		育児休業等を終了した日の翌日に引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			
千円						(注)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た場合は、当該申出はできません。								☐ 開始しました			

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。

平成 年 月 日提出

〒

(事業主) 事業所所在地

(事業主) 事業所名称

事業主氏名

印

電話番号

() -

健康保険法施行規則第38条の2の規定による申出をします。

西日本新聞社健康保険組合理事長 あて
平成 年 月 日提出

(申出人) 住所

氏名

印

電話番号 () -