

適用グループ	

正

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

「」の欄は記入しないでください。
申出をする方は、太枠内を記入し、事業主へ提出してください。

健康保険被保険者証								
記号				番号				
被保険者の氏名				被保険者の生年月日			性別	
(フリガナ)				昭和			男・女	
(氏) (名)				年	月	日		
平成								
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)				平成			平成	健
(氏) (名)				年	月	日		千円
							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	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	円	円	年 月	(適及支払額昇(降)給差の月額昇(降)給月)	
月 日	円	円	円	円	円	円	円	
月 日	円	円	円	円	平均額	修正平均額	円	
月 日	円	円	円	円	円	円	年 月	
決定後の標準報酬月額								
健				千円				
厚				千円				

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

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電話番号

(事業主) 印

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。

人材派遣健康保険組合 御中

平成 年 月 日提出

(申出人) 住所 〒

氏名

電話番号

印

受付日付印

副

健康保険 育児休業等終了時標準報酬月額改定通知書

「」の欄は記入しないでください。
申出をする方は、太枠内を記入し、事業主へ提出してください。

健康保険被保険者証											
記号					番号						
被保険者の氏名					被保険者の生年月日			性別			
(フリガナ)					昭和			男			
(氏)					平成			女			
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)					平成			平成		健	
(氏)					平成			平成		厚	
報酬月額					支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計		改定年月		備考 (適及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月)		
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		改定年月		備考	
月 日		円		円		円		年 月		円	
月 日		円		円		円		平均額		修正平均額	
月 日		円		円		円		円		年 月	
決定後の標準報酬月額		上記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。									
健		千円									
厚		千円									

人材派遣健康保険組合

事業所所在地 〒	
事業所名称	
事業主氏名	様
電話番号	

- この処分不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書又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60日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、再審査請求の判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3か月を経過しても判決がないときや、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、判決を経なくても提起できます。この訴えは、判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、判決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。
- この通知を受け取ったら、すみやかに決定された事項を被保険者に通知しなければなりません。