

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) ハケン		アイコ				昭和		男			
(氏) 派遣		(名) 愛子				平成 5 2 0 7 1 9		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) ハケン		イチロウ				平成		平成		健	
(氏) 派遣		(名) 一郎				1 8 0 5 2 8		1 9 0 4 1 4		2 4 0	
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				円	
4 月 4 日		24,000 円		0 円		24,000 円		360,000 円		円	
5 月 30 日		180,000 円		0 円		180,000 円		平均額		円	
6 月 31 日		180,000 円		0 円		180,000 円		180,000 円		円	
決定後の標準報酬月額										円	
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 19 年 7 月 12 日提出

事業所所在地 〒105-1111
東京都港区新橋1-2-3

事業所名称 けんぼセンター株式会社

代表取締役 健保 太郎

事業主氏名

電話番号 03-5111-2222

(事業主)

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 19 年 7 月 7 日提出

(申出人)

住所 〒160-0024
東京都新宿区新宿1-1-1

氏名 派遣 愛子

電話番号 03-1234-5555

(派遣印)

受付日付印