

健康保險 育兒休業等終了時報酬月額変更届

令和 年 月 日提出

(R5.4)

受付印

提出者記入欄	健康保険 事業所整理記号		
	事業所 所在地	〒 ー	
	事業所 名 称		
	事業主 氏 名		
	電話番号	()	

社会保険労務士記載欄 氏名等

申出者欄	☐ 育児休業等を終了した際の標準報酬月額の変改について申出します。 (健康保険法施行規則第38条の2) ※必ず□に✔を付してください。	令和	年	月	日
	近畿しんきん健康保険組合理事長あて				
	住 所				
	氏 名				
	電 話	(		)	

被保険者欄	① 被保険者整理番号		② 個人番号											
	③ 被保険者氏名	フリガナ 氏 名			④ 被保険者生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日					
	⑤ 子の氏名	フリガナ 氏 名			⑥ 子の生年月日	7.平成 9.令和	年	月	日					
	⑦ 育児休業等終了年月日 9.令和 年 月 日													
	⑧ 給与支給月及び報酬月額	支給月	給与計算の基礎日数	⑨ 通貨		⑩ 現物		⑪ 合計 (⑨+⑩)		⑫ 総計				
		月 日	日	円		円		円		円		円		
		月 日	日	円		円		円		円		円		
⑫ 従前標準報酬月額	健康	厚年	⑬ 昇給降給		⑭ 週及支払額		⑮ 改定年月							
	千円	千円	月 2.降給		月 円		年 月		年 月					
	千円	千円	月 2.降給		月 円		年 月		年 月					
⑯ 給与締切日支払日	締切日	支払日	⑰ 備考		該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上勤務被保険者 2. 短時間労働者（特定適用事業所等） 3. パート 4. その他（ ）									
⑱ 月変該当の確認	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ていませんか。 該当する場合はチェックしてください。 ☐ 開始してません。 注：育児休業等を終了した翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。													

近畿しんきん健康保険組合

提出者記入欄

事業所整理記号は、下図を参考にご記入ください。

事業所 整理記号	1	5
-------------	---	---

申出者欄

月額変更に該当する被保険者の方が、住所及び氏名をご記入ください。
＊ この欄の右上に、この届書を事業主に提出する日付をご記入ください。

被保険者欄

① 被保険者
整理番号

資格取得時に払い出された被保険者整理番号（保険証番号）をご記入ください。

⑦ 育児休業等
終了年月日

育児休業を終了した日付をご記入ください。

⑧ 給与支給月
及び報酬月額

支給月：育児休業等終了日の翌日の属する月から3か月をご記入ください。
給与計算の基礎日数：月給者は暦日数、日給者は出勤日数等、給与支払の対象となった日数をご記入ください。
（注意：基礎日数は給与支払日ではありません。）
⑦通貨：給料、手当等名称を問わず労働の対償として金銭（通貨）で支払われるすべての合計金額を記入してください。
①現物：報酬のうち、食事、住宅、被服、定期券等、金銭（通貨）以外で支払われるものについてご記入ください。
・現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額（食事、住宅については都道府県ごとに定められた価格、
その他被服等は時価により算定した額）をご記入ください。

⑨ 総計

「給与計算の基礎日数」が17日以上月の「⑨合計（⑦＋①）」を総計した金額をご記入ください。
・「パート」の場合で17日以上月がない場合は、15日以上月の「⑬合計（⑪＋⑫）」を総計してください。

⑩ 平均額

「⑨総計」で算出した金額を「給与計算の基礎日数」が17以上の月数で除して得た金額をご記入ください。
算出した平均額は、1円未満を切捨ててください。
・「パート」の場合で17日以上月がない場合は、15以上の月数で除してください。

⑪ 修正平均額

昇給がさかのぼったため、対象月中に差額分が含まれている場合は、差額分を除いた平均額をご記入ください。

⑫ 従前標準
報酬月額

現在の標準報酬月額を千円単位でご記入ください。

⑬ 昇給降給

昇給又は降給のあった月の支払月を記入し、該当する区分を○で囲んでください。

⑭ 遡及支払額

遡及分の支払があった月と支払われた遡及差額分をご記入ください。

⑮ 改定年月

標準報酬月額が改定される年月をご記入ください。育児休業等終了日の翌日が属する月の4か月目となります。

⑯ 給与締切日
支払日

給与締切日をご記入ください。給与締切日が月末の場合は、「末日」とご記入ください。
給与支払日は、当月か翌月のどちらか該当するものを○で囲み、支払日をご記入ください。

⑰ 備考

「1.二以上勤務被保険者」に該当する場合は、○で囲んでください。
「2.短時間労働者」「3.パート」に該当している場合は、○で囲んでください。