

## 大同特殊鋼健康保険組合 産前産後休業終了時報酬月額変更届

常務理事	事務長	統括	担当

提出者記	事業所記号	101	提出日	令和 8 年 9 月 20 日
	事業所所在地	〒 事業所所在地、事業所情報を記入してください。		
	事業主氏名	記号番号を必ず記入してください。		
	電話番号	事業主印を押印してください。ただし電子申請する場合のみ押印は省略できます。		
社会保険労務士	氏名等	必ず被保険者本人が口に✓を付してください。		

健保受付印

申出者欄	<input checked="" type="checkbox"/> 産前産後休業を終了した際の標準報酬月額の変更について申出します。 (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2) ※1必ず被保険者が口に✓を付してください。	令和 8 年 9 月 15 日
	大同特殊鋼 被保険者の氏名・住所・電話番号を記入してください。	事業所部署 ○○株式会社△△課 自筆 事業所担当者名 健保 良一 自筆
	住所 東京都杉並区浜田山1-2-3	
	氏名 健保 花子	電話 ○○○ (○○○) ○○○○

被保険者欄	① 被保険者番号	12345	② 個人番号 (記入不要)		各3か月に通貨で支払われた報酬をそれぞれの月に記入してください。なお、現物給与(食費、住居、通勤定期券等)の支給がある場合は、金額に換算して記入してください。 ※換算は「厚生労働大臣が定める現物給与の価額」に基づきます。 ⑨欄の合計は、⑦と⑧の合計を記入してください。	3か月間の報酬(⑨欄)の合計額を記入してください。 ※ただし、17日未満の月がある場合は除きます。	
	③ 被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ 花子 (氏) 健保 花子	④ 被保険者生年月日	ハナコ (名) 花子			
	⑤ 子の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ (氏) 健保 太郎	⑥ 子の生年月日	令和 8 年 4 月 5 日	⑦ 産前産後休業終了年月日	令和 8 年 5 月 31 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	⑦ 通貨	⑧ 現物	⑨ 合計	⑨ 総計
		6 月	0 日	0 円	0 円	0 円	527,100 円
		7 月	30 日	275,000 円	0 円	275,000 円	263,500 円
		8 月	31 日	252,100 円	0 円	252,100 円	修正平均額
	⑫ 従前標準報酬月額	280 千円	280 千円	⑬ 昇給降給	⑭ 遡及支払額	⑮ 改定年月	8 年 9 月
	⑯ 給与締切日・支払日	締切日 月末	支払日 10 日	⑰ 該当する項目を○で囲んでください。 (特定適用事業所等)			⑱ ⑨欄を17日以上月数で割った額について1円未満切り捨てで記入してください。(平均額を算出します。)
	⑲ 月変該当の確認	産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を開始していませんか。 <input checked="" type="checkbox"/> 開始していません					

従前の標準報酬月額を記入してください。

⑦欄に記入した日の翌日が属する月から連続する3か月を記入してください。そして各月の給与支払いの対象となった日数を記入してください。例えば、月給者は暦日数、日給者は出勤日数を記入します。月給者で欠勤日数分だけ給与が差し引かれる場合は、就業規則等により会社で定められた日数から欠勤日数を控除後の日数として記入してください。

産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を開始していたか、当てはまる方に(✓)を入れてください。  
※産前産後休業が終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を開始した場合、該当申出はできません。