

大同特殊鋼健康保険組合 育児休業等終了時報酬月額変更届

提出者記入欄	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。		
	事業所名称	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。		
電話番号	()	氏名等	必ず被保険者本人が□に✓を付してください。	
電子申請時のみ押印省略可		この届書を被保険者が事業主に提出する日付、及び被保険者の提出意思確認を行った事業所担当者の部署・氏名を自筆で記入してください。		

常務理事	事務長	統括	担当

健保受付印

申出者欄	育児休業等を終了した際の標準報酬月額の変更に係る届出事項 (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)	令和 8 年 9 月 15 日
	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
	住所 東京都杉並区浜田山1-2-3	事業所担当者名 健保 良一 自筆
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④の合計を記入してください。									
	③ 被保険者氏名 (フリガナ) ケンボ ハナコ (氏) (名)	健保 花子	④ 被保険者生年月日	昭和 平成 令和	61	7	年	月	日					
	⑤ 子の氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ (氏) (名)	健保 太郎	⑥ 子の生年月日	令和	7	6	5	年	月	日				
	⑦ 育休等終了年月日	令和	8	5	31	年	月	日						
	⑧ 支給月	6 月 0 日	⑦ 通貨	0	円	④ 現物	0	円	⑨ 合計	0	円	⑨ 総計	527,100	円
	給与支給月及び報酬月額	7 月 30 日	275,000	円	0	円	275,000	円	⑩ 平均額	263,500	円			
		8 月 31 日	252,100	円	0	円	252,100	円	⑪ 修正平均額		円			
	⑫ 従前標準報酬月額	280 千円	280 千円	⑬ 昇給 降給		⑭ 選及支払額		円	⑮ 改定年月	8 年 9 月				
	⑯ 給与締切日・支払日	月末 10 日	⑰ 給与と計算の締切日及び給与支払日を記入してください。				⑱ 欄に記入した3か月目の翌月の年月を記入してください。							
	⑲ 月変該当の確認	育休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。				⑲ 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。)								

従前の標準報酬月額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。

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。

育休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たか、当てはまる方に(✓)を入れてください。
※育休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、該当申出はできません。