

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長	課長		担 当	

2016.10

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

(本書には副として必ずコピーを添付してください)

正
副

◎健康保険育児休業等終了時標準報酬月額改定通知書は副をもってかえさせていただきます。

被保険者証の 記号(右づめ)		被保険者証の 番号(右づめ)		被保険者の氏名		被保険者の生年月日	
						昭 平 年 月 日	
養育する子の氏名		養育する子の生年月日		産前産後休業期間が 終了した日		従前の標準 報酬月額	
		平成 年 月 日		平成 年 月 日		千円	
報 酬 月 額				支払基礎日数 17日以上月の 報酬月額の総計		改定年月	
算定対象月 の報酬支払 基礎日数	通 貨 に よるもの額	現 物 に よるもの額	合 計			備 考	
月 日	円	円	円	円	年 月	遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給の月	
月 日	円	円	円	平均額	修正平均額	円	
月 日	円	円	円	円	円	年 月	

◎短時間労働者に該当する場合は、✓を入れてください。 □ 短時間労働者 (3/4未満)

※この欄には記入しないでください。

健保使用欄	決定後の 標準報酬月額	千円	備考
-------	----------------	----	----

(事業主) 上記のとおり被保険者から申出がありましたので 届出します。	
平成 年 月 日	
〒 -	
所在地	
事業所 名 称	
事業主氏名	(印)
電 話	

(申出人) 健康保険法施行規則第38条の3の規定による 申出をします。	
産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて 育児休業を開始していません。	
平成 年 月 日	
〒 -	
住 所	
氏 名	(印)
電 話	

この通知書(副)のとおり標準報酬を決定しましたので通知します。

(付記)

- この通知書の内容について、ご不明な点がある時は、当健康保険組合適用課(TEL03-3243-1404)までお問い合わせ下さい。
- この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)なお審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、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、審査請求の決定を経なくても提起することができます。
- この通知書(副)を受け取ったら、すみやかに決定された標準報酬などを、当該被保険者に通知しなければなりません。

三井健康保険組合理事長