

健保使用欄	常務理事	事務長	課長		担当

2016.10

記入例

健康保険 育児休業等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	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	
	9 9 9 9	1 2 3 4	○田 美○		平	6 4 0 2 1 0
養育する子の氏名		養育する子の生年月日		育児休業期間が 終了した日		従前の標準 報酬月額
○田 ○太		平成	2 7 1 1 2 0	平成	2 8 1 1 1 9	360 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	備考
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			遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給の月
11月 11日	100,000円	0円	100,000円	680,000円	28年 2月	円
12月 31日	340,000円	0円	340,000円	平均額	修正平均額	円
1月 31日	340,000円	0円	340,000円	340,000円		円

◎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 〇〇年 〇〇月 〇〇日
〒 103 - 〇〇〇〇
所在地 東京都中央区〇-〇-〇
事業所名称 ○〇株式会社
事業主氏名 ○山 ○男 (印)
電 話 〇3-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(申出人) 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。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
〒 336 - 〇〇〇〇
住 所 埼玉県さいたま市〇区〇-〇-〇
氏 名 ○田 美○ (印)
電 話 〇48-〇〇〇-〇〇〇〇

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(Tel.03-3243-1404)までお問い合わせ下さい。
- この処分不服があるときは、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

◎健康保険育児休業等終了時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。