

正

常務理事	業務部長	業務課

### 健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎「申出をする方は、「☆」の項目を記入し、事業主へ提出してください。  
※「は記入しないです。」

☆ 健康保険被保険者証	
記号	番号
239	1234

青文字=本人記入  
赤文字=事業主記入

☆ 被保険者の氏名		☆ 被保険者の生年月日			☆ 性別		
(フリガナ) リョウ	ハナコ	昭和	年	月	日	男	
(氏) 旅行	(名) 花子	平成	5	2	10	10	女

従前の標準報酬月額
300

☆ 養育する子の氏名		☆ 養育する子の生年月日			☆ 育児休業等を終了した年月日						
(フリガナ) リョウ	ジロウ	平成	年	月	日	平成	年	月	日		
(氏) 旅行	(名) 二郎	平成	1	6	05	10	平成	1	7	04	11

報酬月額(育児休業等終了日の翌日の属する月以後三ヶ月)				支払基礎日数が17日以上月の報酬月額の総計	改定年月	備考	週及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月
支払基礎日数	通貨によるもの額	現物によるもの額	合計				
4月13日	120,900円	0円	120,900円	560,000円	17年7月		円
5月31日	280,000円	0円	280,000円	平均額	修正平均額		円
6月30日	280,000円	0円	280,000円	280,000円			年 月

※ 決定後の標準報酬月額

【事業主】	【申出人】 ☆
上記のとおり被保険者から申出がありましたので提出します。 〒105-0012 平成17年4月12日提出 事業所所在地 東京都港区芝大門2-4-8 事業所名称 ○○○旅行 株式会社 事業主氏名 代表取締役 旅行 栄 (印) 電話番号 03 (3433) 5274	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。 旅行業健康保険組合 御中 〒104-0032 平成17年4月12日提出 住所 東京都中央区八丁堀1-3-508 氏名 旅行 花子 (印) 電話番号 03 (3333) 4444

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

受付日付印

副

### 健康保険 育児休業等終了時標準報酬月額改定通知書

☆ 健康保険被保険者証		青文字=本人記入		赤文字=事業主記入		
記号	番号					
239	1234					
☆ 被保険者の氏名		☆ 被保険者の生年月日		☆ 性別		従前の標準報酬月額 300千円
(フリガナ) リョウコウ	ハナコ	昭和	年 月 日	男		
(氏) 旅行	(名) 花子	平成	521010	女		
☆ 養育する子の氏名		☆ 養育する子の生年月日		☆ 育児休業等を終了した年月日		
(フリガナ) リョウコウ	ジロウ	平成	年 月 日	平成	年 月 日	
(氏) 旅行	(名) 二郎	平成	160510	平成	170411	

報酬月額(育児休業等終了日の翌日の属する月以後三ヶ月)				支払基礎日数が 17日以上月の 報酬月額の総計	改定年月	備考	週及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月
支払基礎日数	通貨によるものの額	現物によるものの額	合計				
4月13日	120,900円	0円	120,900円	560,000円	17年7月		円
5月31日	280,000円	0円	280,000円	平均額	修正平均額		円
6月30日	280,000円	0円	280,000円	280,000円			年 月

※ 決定後の標準報酬月額  
千円

左記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。  
平成 年 月 日

〒105-0012
事業所所在地 東京都港区芝大門2-4-8
事業所名称 ○○○旅行 株式会社
事業主氏名 代表取締役 旅行 栄 様
電話番号 03 ( 3433 ) 5274

### 旅行業健康保険組合

- この通知を受け取ったら、すみやかに決定された事項を被保険者に通知しなければなりません。
- この通知にご不明な点がある場合は、健保組合にご連絡ください。
- この処分に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方社会保険事務局内)に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会(厚生労働省内)に再審査請求できます。  
なお、この処分の取消の訴えは、再審査請