

常務理事		課長	課長補佐	係長	担当者

正

## 健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

◎「※」は記入しないといけない項目を記入し、事業主へ提出してください。

☆ 健康保険被保険者証	
記号	番号

☆ 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
(フリガナ)	(名)	昭和	年	月	日	千円
(氏)	(名)	平成				
☆ 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)	(名)	平成	年	月	日	年 月 日
(氏)	(名)					

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 <small>週及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月</small>
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			
月 日	円	円	円	円	年 月	円 円 年 月
月 日	円	円	円	平均額	修正平均額	
月 日	円	円	円	円	円	

※ 決定後の 標準報酬月額
千円

【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。 平成 年 月 日 提出	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 平成 年 月 日 提出
事業所所在地	〒
事業所名称	住所
事業主氏名 (印)	氏名 (印)
電話番号 ( )	電話番号 ( )

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									
記号	番号								
☆ 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 千円			
(フリガナ)	(氏)	昭和 平成	年	月	日		男 ・ 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)	(氏)	平成	年	月	日	平成	年	月	日

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			
月 日	円	円	円	円	年 月	円
月 日	円	円	円	平均額	修正平均額	円
月 日	円	円	円	円	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

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	様
電話番号	( )

旅行業健康保険組合理事長

- 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(地方厚生(支)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、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや、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、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、健康保険組合を被告として提起できます。  
ただし、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。