正	副

健康保険　産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎ 本書には副としてコピーを添付してください。
◎ 健康保険被保険者標準報酬決定通知書は副をもってかえさせていただきます。

確認日付印

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

事業所記号	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士記載欄
氏　名　等

申出人署名欄

産前産後休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。　　令和　　年　　月　　日
(健康保険法施行規則第38条の3)
健康保険組合理事長あて

住所

氏名

電話　　(　　)

被保険者欄

番号	(右づめ)							
被保険者氏名		被保険者生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
出生児の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	出生児の生年月日	9.令和	年	月	日 7	

給与支給月及び報酬月額	支給月	基礎日数	㋐通貨	㋑現物	㋒合計(㋐+㋑)		
	月	日	円	円	円	総計	円
	月	日	円	円	円	平均額	円
	月	日	円	円	円	修正平均額	円

昇給降給	月	昇・降給 昇給 降給	遡及支払額	月	遡及支払額 円	給与締切日支払日	締切日 日	支払日 当月 翌月 日	短時間労働者	□ 該当 3/4未満勤務者
産休等終了年月	年　月	改定年月	年　月	従前標準報酬月額	千円	決定後の標準報酬月額	千円			

月変該当の確認	産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて、育児休業等を開始していませんか。 該当する場合はチェックしてください。　[ ] 開始していません。　注：育児休業等を開始した場合は、この申出はできません。

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)
1. 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。
2. 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。
3. 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