

常務理事	事務長	担当者	担当者

北越コーポレーション健康保険組合 御中

3 2

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日	
●●●●●●●●		北越 花子		昭和 平成 令和	
養育する子の氏名		養育する子の生年月日		産前産後休業を終了した年月日	
ホクエツ タロウ		R 年 月 日		R 年 月 日	
北越 太郎		●●●●●●		●●●●●●	
従前の標準報酬月額		千円		●●●●	
報 酬 月 額		支払基礎日数17日以上の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	通貨によるものの額	現物によるものの額	合計	備考	
8月31日	円 0	円 0	円 0	円 R 年 11 月	〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕
9月31日	円 200,000	円 0	円 200,000	平均額 修正平均額	
10月30日	円 200,000	円 0	円 200,000	円 200,000	
給与締切日	15日	※ 決定後の標準報酬月額			千円
給与支払日	当月翌月 25日				

受 付

「※」印欄は、記入しないでください。  
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た場合は、当該申出はできません。

北越コーポレーション(株)使用欄

新潟 長岡 市川 勝田 紀州 大阪 本社

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日提出

〒 -

(事業主) 事業所所在地

(事業主) 事業所名称

事業主氏名

電 話 ( ) 局 番

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。

北越コーポレーション健康保険組合理事長 あて

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日提出

〒 ●●●● - ●●●●

(申出人) 住所 東京都 ●● 区 ●●●● 町 ●● - ●● - ●●

氏名 北越 花子

電話番号 ●● ( ●●●● ) ●●●●