

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

34

健康保険 育児休業等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				性別
.....		(氏).....(名).....				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		従前の標準報酬月額				
(フリガナ) (氏).....(名).....		H	.....年	.....月	.....日	H	.....年	.....月	.....日	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	通貨によるものの額	現物によるものの額	合計			H 年 月		〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 〕		
月 日	円	円	円	円		H 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		
給与締切日	日							※ 決定後の標準報酬月額		
給与支払日	当月翌月 日							千円		

「※」印欄は、記入しないでください。

受 付

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)	〒 ー
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)	〒 ー
	住所
	氏名
	電話番号 ()