

正

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

令和 年 月 日 提出

受付日付印

提出者記入欄

被保険者証 記号		被保険者証 番号	
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

申出者欄

育児休業等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。(健康保険法施行規則第38条の2)
※必ずにを付してください。

令和 年 月 日

服装健康保険組合理事長あて

住所

氏名

電話番号 ()

被保険者欄

① 被保険者氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 被保険者生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日					
③ 子の氏名	(フリガナ) (氏) (名)	④ 子の生年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 育児休業等終了年月日	9.令和	年	月	日
⑥ 給与支給月及び報酬月額	支給月	給与計算の基礎日	⑦通貨	⑧現物		⑨合計	⑩総計				
	月	日	円	円		円	円				
	月	日	円	円		円	円				
⑩ 従前の標準報酬月額	千円	⑪ 改定後の標準報酬月額	千円	⑫ 昇給降給	1. 昇給 2. 降給	⑬ 週及支払額	月	⑭ 改定年月	年	月	
⑮ 給与締切日・支払日	締切日 日	支払日 当月・翌月 日	⑯ 備考	該当する区分に○印を付けてください。 1. 正社員 2. パート 3. 短時間労働者 4. 二以上事業所勤務者							
⑰ 月変該当の確認	育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて、産前産後休業を開始していませんか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						※育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。				

※欄は記入しないでください。

○育児休業等終了時報酬月額変更届とは
 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律による満3歳未満の子を養育するための育児休業等（育児休業及び育児休業に準ずる休業）終了日に3歳未満の子を養育している被保険者は、一定の条件を満たす場合、随時改定に該当しなくても、育児休業終了日の翌日が属する月以後3カ月間に受けた報酬の平均額に基づき、4カ月目の標準報酬月額から改定することができます。
 ただし、育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。

この届書は、育児休業等終了時に3歳未満の子を養育する被保険者の報酬に変動があった場合に提出していただくものです。

育児休業等終了時の改定は、現在の標準報酬月額と育児休業等終了後の標準報酬月額に1等級以上の差があり、給与計算の基礎日数が17日（パートの方で3カ月とも17日未満の場合は15日、短時間労働者の方は11日）以上ある月が1月以上ある場合に改定を行います。

通常の標準報酬月額の改定（随時改定）とは異なり、固定的賃金の変動がなくても改定を行います。

※パートとは、1週間の所定労働時間及び1カ月の所定労働日数が正社員の4分の3以上の短時間就労者をいいます。

※短時間労働者とは、1週間の所定労働時間または1カ月の所定労働日数が正社員の4分の3未満の方のうち、1週間の所定労働時間が20時間以上あることなど、一定の条件を満たしている方をいいます。

【記入方法】

<申出者欄>

被保険者の住所・氏名を記入してください。

この届書は、被保険者の申出により届出するものであるため、必ず被保険者本人が口にて✓を付してください。

右上の日付は、この届書を被保険者が事業主へ提出する日を記入してください。

<被保険者欄>

⑤育児休業等終了年月日 : 育児休業等を終了した日を記入してください。

⑥給与支給月及び報酬月額 : 支給月は、⑤育児休業等終了年月日の翌日が属する月から3カ月を記入してください。

給与計算の基礎日数は、月給・週給者は暦日数、日給・時給者は出勤日数等、給与の支払の基礎となった日数を記入してください。（給与支払日ではありませんのでご注意ください。）

⑦通貨は、報酬のうち給料・手当等、名称を問わず労働の対価として金銭(通貨)で支払われたものの合計額を記入してください。

⑧現物は、報酬のうち金銭(通貨)以外で支払われたもの(食事・住宅・被服・定期券等)について記入してください。

現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。

⑨合計は、⑦通貨と⑧現物の合計額を記入してください。

⑩総計 : 給与計算の基礎日数が17日(パートの方で3カ月とも17日未満の場合は15日、短時間労働者の方は11日)以上の月の⑥⑨合計額を記入してください。

⑪平均額 : ⑩総計を給与計算の基礎日数が17日(パートの方で3カ月とも17日未満の場合は15日、短時間労働者の方は11日)以上の月数で除した額の1円未満を切り捨てた額を記入してください。

⑫修正平均額 : 給与の昇給が遡ったため、⑩総計に支給月以外の給与の差額が含まれている場合に⑩総計から差額を除いて算出した平均額の1円未満を切り捨てた額を記入してください。

⑬従前の標準報酬月額 : 現在の標準報酬月額を記入してください。

⑭改定後の標準報酬月額 : 記入しないでください。

⑮昇給降給 : 給与の昇給または降給があった月を記入し、昇給または降給に○印を付けてください。

⑯遡及支払額 : 給与支給月に遡及分の給与の支払があった場合に遡及分の給与が支払われた月と差額を記入してください。

⑰改定年月 : 標準報酬月額が改定される年月を記入してください。

⑱給与締切日・支払日 : 給与の締切日と支払日を記入してください。(給与の締切日または支払日が末日の場合は、末日と記入してください。)

⑲備考 : 該当する区分に○印を付けてください。

⑳月変該当の確認 : 育児休業等を終了した翌日に引き続き産前産後休業を開始していないことを確認して口にて✓を付してください。

※育児休業等に引き続き産前産後休業を開始している場合は、保険料免除が適用されるためこの届出はできません。

健康保険 育児休業等終了時標準報酬月額改定通知書

提出者記入欄	被保険者証 記号		被保険者証 番号	
	事業所 所在地	〒 -		
	事業所 名称			
	事業主 氏名			
	電話番号	()		

下記のとおり標準報酬月額が決定されたので通知します。

令和 年 月 日

服装健康保険組合理事長

被保険者欄	① 被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	② 被保険者生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日					
	③ 子の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	④ 子の生年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 育児休業等終了年月日	9.令和	年	月	日
	⑥ 給与支給月及び報酬月額	支給月	給与計算の基礎日	⑦通貨	⑧現物	⑨合計	⑩総計						
		月	日	円	円	円	円						
		平均額											
	修正平均額												
	⑩ 従前の標準報酬月額	千円	⑪ 改定後の標準報酬月額	千円	※	⑫ 昇給降給	月	⑬ 週及支払額	月	⑭ 改定年月	年	月	
	⑮ 給与締切日・支払日	締切日	支払日	⑯	備考								
	日	日	当月・翌月	備考	1. 正社員 2. パート 3. 短時間労働者 4. 二以上事業所勤務者								

※欄は記入しないでください。

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。