

|      |       |     |     |     |
|------|-------|-----|-----|-----|
| 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

|      |                                                                               |     |  |      |          |  |  |  |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|-----|--|------|----------|--|--|--|
| 申出者欄 | 神奈川県運輸業健康保険組合理事長 宛                                                            |     |  |      | 令和 年 月 日 |  |  |  |
|      | この届出により、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。<br>(健康保険法施行規則第38条の2及び厚生年金保険法施行規則第10条) |     |  |      |          |  |  |  |
|      | 住所                                                                            | 〒 - |  |      |          |  |  |  |
|      | 氏名                                                                            |     |  | 電話番号 | ( )      |  |  |  |

|                                                                                              |                                                  |          |          |                                                                |                |              |             |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------|----------|----------------------------------------------------------------|----------------|--------------|-------------|--|--|
| 被保険者欄                                                                                        | 事業所記号                                            | 被保険者整理番号 |          | 育児休業等終了年月日                                                     |                | 個人番号(マイナンバー) |             |  |  |
|                                                                                              |                                                  |          |          | 令和 年 月 日                                                       |                |              |             |  |  |
|                                                                                              | 被保険者氏名(フリガナ)                                     |          |          | 被保険者生年月日                                                       |                |              |             |  |  |
|                                                                                              | 氏                                                |          | 名        |                                                                | 昭和 平成          | 年 月 日        |             |  |  |
|                                                                                              | 子の氏名(フリガナ)                                       |          |          | 子の生年月日                                                         |                |              |             |  |  |
|                                                                                              | 氏                                                |          | 名        |                                                                | 令和             | 年 月 日        |             |  |  |
|                                                                                              | ◎「算定対象月」は「終了日の翌日の月」から3カ月間です。この月に支払われた給与から算定されます。 |          |          |                                                                |                |              |             |  |  |
|                                                                                              | 報 酬 月 額                                          |          |          |                                                                | 報酬月額の総計(※下記参照) |              | 従前の標準報酬月額   |  |  |
|                                                                                              | 算定対象月の報酬支払基礎日数                                   | 通貨による支払額 | 現物による支払額 | 合 計                                                            | 円              |              | 千円          |  |  |
|                                                                                              | 月 日                                              | 円        | 円        | 円                                                              | 平均額            |              | 改定年月        |  |  |
| 月 日                                                                                          | 円                                                | 円        | 円        | 円                                                              |                | 令和 年 月       |             |  |  |
| 月 日                                                                                          | 円                                                | 円        | 円        | 修正平均額                                                          |                | 給与締切日・支払日    |             |  |  |
| 月 日                                                                                          | 円                                                | 円        | 円        | 円                                                              |                | 締切日 日        | 支払日 当月 翌月 日 |  |  |
| ※ 「報酬月額の総計」の計算は、「支払基礎日数」が17日以上月の「合計」を加算して算定してください。但し、右記に該当する場合は、該当する方の口に✓し、その指示に沿って算定してください。 |                                                  |          |          | 短時間労働者(特定適用事業所等):11日以上<br>短時間就労者(パート等)<br>3カ月とも17日以下の場合 :15日以上 |                |              |             |  |  |

|            |                                                                              |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 決定後の標準報酬月額 | ◎ 「標準報酬と保険料月額表(当年3月1日から適用)」を参考に、「⑩平均額」若しくは「⑪修正平均額」から健康保険の標準報酬月額を算定してご記入ください。 |
| 千円         |                                                                              |

|                  |
|------------------|
| 社会保険労務士の提出代行者記入欄 |
|                  |

|        |                           |         |
|--------|---------------------------|---------|
| 提出者記入欄 | 届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 |         |
|        | 事業所所在地                    | 〒 -     |
|        | 事業所名称                     |         |
|        | 事業主氏名                     |         |
|        | 連絡先                       | TEL - - |

受 付 印

この届書は、「育児休業」の終了時に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ご提出いただくものです。

＜育児休業終了時報酬月額変更＞

- ・「育児休業終了時の月額変更」は、通常の「月額変更(随時改定)」とは異なります。
  - ① 「固定的賃金に変動が無くても」、育児による労働の変動に伴う賃金減が理由になります。
  - ② 従前との「差が1等級でも」届出できます。
  - ③ 算定対象月から、「規定日数に満たない月は除いて算定」します。
  - ④ 被保険者の希望により、この届出を提出できます。
- (日本年金機構から依頼の場合は、当健康保険組合にもご提出ください。)

記入方法

【申出者欄】 この欄は、被保険者がこの「月額変更の提出の意思」を記入する所です。

必ず被保険者ご本人が□に✓を付して、この欄右上の年月日に届出を事業主に提出する日付を記入してください。  
また、被保険者の「住所・氏名・電話番号」もご記入ください。

【被保険者情報欄】

事業所記号 : 事業所記号を記入してください。

被保険者整理番号 : 被保険者整理番号を記入してください。

育児休業終了年月日 : 育児休業終了日を記入してください。

個人番号(マイナンバー) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

被保険者氏名(フリガナ) : 住民票に登録されているものと同じ氏名を、(フリガナ)はカタカナで正確に記入してください。  
子の氏名(フリガナ) : なお、登録可能な文字数は、「氏名」「フリガナ」どちらも15文字までです。

被保険者生年月日 : 該当する年号を選択し、生年月日を記入してください。  
子の生年月日

報酬月額 : 「終了日の翌日の月」から3ヵ月間の報酬月額の平均額で算定します。

算定対象月の報酬支払基礎日数

「算定対象月」は、終了日が4月30日ならば翌日は5月1日なので、5月・6月・7月です。  
「支払基礎日数」は各「算定対象月」の支払日数です。  
「給与計算期間」が月末締め翌月払いならば、5月分は、4月30日締めで、0日となります。

通貨による支払額

給料・手当等、労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。  
※ 臨時に支払うものや3ヵ月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。  
※ 過給の場合は、報酬額を「7」で割って得た額の30倍に相当する金額を記入してください。

現物による支払額

報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等の金銭(通貨)以外の支払い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格、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。

合計

「算定対象月」ごとに通貨と現物の「合計」を記入してください。

報酬月額の総計 (※下記参照) : 「表面の(※下記参照)」の通り、「支払基礎日数」が「規定日数」を超えている月の「合計」を加算してください。  
「規定日数」は、通常「17日」ですが、「短時間労働者」「パート」の場合は、該当する方を選んで□に✓を付し各々の「規定日数」に準じて「報酬月額の総計」を記入してください。  
「短時間労働者」→特定適用事業所で4分の3以下の短時間労働者としての取得者  
「パート」→就労が4分の3以上勤務で短時間就労者としての取得者

平均額 : 「報酬月額の総計」の金額を、加算した「合計」月数で除した金額(1円未満切り捨て)を記入してください。

修正平均額 : 「算定対象月」以外の報酬が含まれている時は、この欄で修正して「平均金額」を記入してください。

従前の標準報酬月額 : 変更前の標準報酬月額を記入してください。

改定年月 : 改定される年月をご記入ください。「休業終了日の翌日の月」から4ヵ月目になります。

給与締切日・支払日 : 該当者の給与の「締切日」と「支払日」を記入してください。