

様式番号	
適	17

※

部長	次長	課長	課長代理	扱

健康保険 産前産後休業等 育児休業等 終了時報酬月額変更届

被 保 険 者 証	記 号	番 号				
被 保 険 者 の 氏 名			被 保 険 者 の 生 年 月 日			
(フリガナ) (氏) (名)			昭和・平成 年 月 日			
養 育 す る 子 の 氏 名			養 育 す る 子 の 生 年 月 日			
(フリガナ) (氏) (名)			平成・令和 年 月 日			
産 前 産 後 休 業 期 間			育 児 休 業 等 期 間			
開始：平成・令和 年 月 日			開始：平成・令和 年 月 日			
終了：平成・令和 年 月 日			終了：平成・令和 年 月 日			
報 酬 月 額				支払基礎日数 17日以上月の 報酬月額総計	改定年月	備 考 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月
支払基礎日数	通貨(金銭)による ものの額	現物による ものの額	合 計			
月 日	円	円	円	円	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
従前の標準報酬月額		※決定後の標準報酬月額				
千円		千円				

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

上記のとおり被保険者から申出がありましたので提出します。
令和 年 月 日 提出
事業所の所在地
事業所名称 事業主名
電話番号 () -

健康保険法施行規則第38条の2又は3の規定による申出をします。
北海道農業団体健康保険組合理事長 あて
令和 年 月 日 提出
住 所
氏 名
電話番号 () -

・申出をする方は、**太枠部分**を記入し、事業主へ提出してください。

・「※」欄は、記入しないでください