

育児休業等終了時報酬月額変更届

T17

令和 年 月 日 提出

Table with 5 columns: 常務理事, 事務局長, 課長, 担当者

提出者記入欄: 記号, 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 社会保険労務士記載欄

受付印

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。(※1) 令和 年 月 日, 住所, 氏名, 電話

被保険者欄: 番号, 被保険者氏名, 子の氏名, 月変該当の確認, 備考, 改定年月, 給与支給月及び報酬月額, 平均額, 決定後の標準報酬月額

※1. 被保険者の提出意思を確認するため被保険者本人が □ に ✓ を入れてください。
※2. 該当する場合は □ に ✓ を入れてください。育児休業等を終了した日の翌日に引き続き産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。



