

被保険者整理番号をご記入ください。

加入員番号をご記入ください。

ご注意

用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれないようにご記入ください。

事業所番号をご記入ください。

3 各月給与の支払いの対象となった日数をご記入ください。月給者は暦日数、時給・日給者は出勤日数になります。ただし月給者でも欠勤分だけ給与が差し引かれる方は、就業規則等に定められた日数より欠勤日数を除いた日数になります。

給与計算の締切日及び給与支給日をご記入ください。

3ヶ月の報酬⑤の合計をご記入ください。ただし、17日未満の月は除きます。

育児休業等を終了した日の翌日の属する月以後3ヶ月をご記入ください。

⑤を17日以上で割った額で1円未満切り捨ての額をご記入ください。

固定・非固定的賃金関係なくすべての金銭の額をご記入ください。(昇給が遡った場合なども、その額を含めてご記入ください。また備考欄にもその旨をご記入ください。)

食事・住宅・定期券等通貨以外のものをご記入ください。通貨以外のものは「厚生労働大臣が定める現物給与の価格」に基づいて換算してください。

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。

4枚目と5枚目のみ被保険者自ら記入・押印してください。ただし、被保険者自らが署名した場合、押印は省略できます。

届書コード 処理区分 届書

事務理事 事務局長 部長 課長 係長 係員 頁番号

厚生年金基金 育児休業等終了時給与月額変更届

① 事業所整理記号	健康保険被保険者の番号	給与計算の締切日	給与支払日	属月	
東 WPX	35	10	25		
厚生年金基金番号	基金の事業所番号	加入員番号			
阪基 0238	1101184	6666666666			
⑦ 年金手帳の基礎年金番号	④ 加入員の氏名		③ 加入員の生年月日		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	キリン ハナコ		大 3 5 9 0 5 0 6		
	(氏) 基金 (名) 花子		① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
⑤ 養育する子の氏名		⑥ 養育する子の生年月日		⑧ 従前の標準報酬月額	
キリン タロウ		平成 7 2 4 0 3 0 1		厚 260	
基金 太郎		平成 2 4 0 5 3 1		厚 260	
⑨ 現物によるもの		⑩ 合計		⑪ 改定年月	
6	10	80,000	0	80,000	24年9月
7	30	240,000	0	240,000	
8	31	250,000	0	250,000	
⑫ 通貨によるもの		⑬ 支払基礎日数17日以上月の報酬日数の総数		⑭ 備考	
		490,000		通算(除)給算(除)給日	
		245,000			
⑮ 決定後の標準報酬月額		⑯ 標準給の従前		⑰ 適用区分	
送				基給の決定 基給の従前	
千円		千円		千円	
厚		千円		千円	
社会保険労務士の提出代行者印					
上記のとおり加入員から申出がありましたので提出します。					
事業所所在地 540-0037					
(事業主) 事業所名称 大阪市中央区内平野町3-2-5					
事業主氏名 大阪薬業厚生年金基金					
理事長 薬業 一郎					
電話番号 06 (6945局) 1021					
平成 年 月 日 提出 受付年月日					
(申出人)					