



1 令和 8 年 12 月 15 日提出

提出者記入欄	①事業所整理記号	00 - ケイト	②事業所番号	00123
	事業所所在地	〒 168 - 8500 東京都杉並区高井戸3-2-1		
	事業所名称	株式会社 健保産業		
	事業主氏名	代表取締役社長 健保 良一		
	電話番号	03 (1234) 5678		

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

以下の対象被保険者について、「被保険者資格を取得した月にその資格を喪失(同月得喪)したこと」または「事実発生日から80日が経過したのちに申出又は届出を行ったこと」により、保険料調整額に変更が生じることから届出します。

1. 対象被保険者

下欄の③④を記入してください。 ※複数名記入することはできません。

対象者	③ 被保険者整理番号	④ 氏名	(フリガナ) オンキン	ハナコ
	5	⑤ 年金	花子	

2. 保険料調整額の変更事由

(1) 下欄の⑥について、該当する項目の数字を○で囲んでください。

事由	⑥ 変更事由	① 被保険者資格を取得した月にその資格を喪失(同月得喪)したため
		② 事実発生日から80日が経過したのちに申出又は届出を行ったため

(2) (1)の変更事由で「2 事実発生日から80日が経過したのちに申出又は届出を行ったため」を選択した場合

下欄の⑦について、対象被保険者の保険料調整額に変更が生じる遡及届書の種別を下記のア～キから選び、事実発生日(資格や標準報酬月額等に変更が生じる年月日)を記入してください。

遡及届書内容	⑦ 遡及届書の種別・事実発生日(資格や標準報酬月額等に変更が生じる年月日)	ア	被保険者資格取得届	資格取得年月日 令和 年 月 日
		イ	被保険者資格喪失届	資格喪失年月日 令和 年 月 日
		ウ	被保険者報酬月額変更届	改定年月 令和 年 月
		エ	被保険者報酬月額算定基礎届	適用年月 令和 年 9 月
		オ	産前産後休業取得者申出書 ／変更(終了)届	産前産後休業開始年月日 令和 年 月 日 産前産後休業終了(予定)年月日 令和 年 月 日
		カ	育児休業等取得者申出書(新規・延長)／終了届	育児休業等開始年月日 令和 年 月 日 育児休業等終了(予定)年月日 令和 年 月 日
		キ	その他の届書(ア～カ以外の届書の場合)	※届書名及び事実発生日を記入してください。 【届書名】 【事実発生日】

備考

- 届書提出日を記入してください。
- 事業所整理記号、事業所番号を必ず記入してください。
- 事業所所在地等、事業所情報を記入してください。
- 被保険者整理番号を記入してください。
- 被保険者の氏名を記入してください。
- 保険料調整額の変更事由が同月得喪の場合は、「1」を○で囲んでください。