

# 健康保険 産前産後休業取得者変更(終了)届

常務理事	事務長		担当者

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。  
※印欄は記入しないでください。

①事業所整理記号	②被保険者整理番号	⑦年金手帳の基礎年金番号	①被保険者の氏名	③被保険者の生年月日
●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	(フリガナ) ●●●●●●●● (氏)	●●年●●月●●日
変更前	⑦出産(予定)年月日		⑤出産種別	④産前産後休業期間
	●●年●●月●●日	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●年●●月●●日 から ●●年●●月●●日 まで
変更後	⑦出産(予定)年月日		⑤出産種別	⑦産前産後休業期間
	●●年●●月●●日	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●年●●月●●日 から ●●年●●月●●日 まで
			(フリガナ) ●●●●●●●● (氏)	⑦出生児の氏名 ●●●●●●●● (名)

処理区分	④出産(予定)年月日	⑤出産種別	⑥産前産後休業開始年月日	⑦産前産後休業終了予定年月日	⑧作成原因	
●●●●●●●● ※	●●年●●月●●日	●●●●●●●●	●●年●●月●●日	●●年●●月●●日	●●●●●●●●	送信
処理区分	④産前産後休業開始年月日	⑤作成原因	⑥出産(予定)年月日	⑦産前産後休業終了(予定)年月日		
●●●●●●●● ※	●●年●●月●●日	●●●●●●●●	●●年●●月●●日	●●年●●月●●日	●●●●●●●●	送信

年 月 日提出

事業所所在地	〒	-			
事業所名称					
事業主氏名	◎				
電話番号	(		)	-	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
◎