

健康保険

産前産後休業等取得者
変更(終了)届

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

◎記入の方法は記入例が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。

被保険者証の記号	被保険者証の番号 (左詰め)	被保険者の氏名 (氏)	被保険者の氏名 (名)	生年月日 昭和 平成 令和	性別 男・女	資格取得年月日 昭和 平成 令和
被保険者の住所			電話番号		勤務先名称	

変更前	出産(予定)年月日	出産種別	産前産後休業期間			
	令和 年 月 日	単胎・多胎	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
変更後	出産(予定)年月日	出産種別	産前産後休業期間			
	令和 年 月 日	単胎・多胎	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
出生児の氏名		健保 使用 欄	①出産(予定)年月日	②産前産後休業開始年月日	③産前産後休業終了予定年月日	出産種別
(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	単胎 多胎

確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業主証明欄

上記の通り、相違ないことを証明します。
(〒 -) 令和 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 TEL ()

受付印

社会保険労務士の提出代行者名