

健康保険

産前産後休業等取得者  
変更(終了)届

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

◎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	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄必須)		生年月日	性別	資格取得年月日
※	(左詰め)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
						昭和 平成 令和
被保険者の住所				電話番号	勤務先名称	
〒						

【変更(終了)に関する事項】	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(終了)に関する事項】	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
【変更(終了)に関する事項】	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)	(フリガナ)		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	単胎 多胎
		(氏)	(名)	※開始年月日が変更となる場合、①②③の順に記入。開始年月日が変わらない場合、②①③の順に記入。			

**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