

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。

被保険者の記号	被保険者の番号	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	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
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。開始年月日が変更とならない場合、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。
<input type="checkbox"/>	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。

受付印

事業主証明欄	事業所所在地	上記の通り、相違ないことを証明します。 ( 〒 - ) 令和 年 月 日提出
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号 TEL	( )

社会保険労務士の提出代行者名