

届書コード	処理区分
※	

## 健康保険 産前産後休業取得者変更(終了)届

◎記入の方法は別紙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			①被保険者の氏名			③被保険者の生年月日				
0 0 0			0000			<small>(フリガナ)</small> ケンボ アイコ <small>(氏)</small> 健保 愛子			昭 5 平 7 0 0 0 0 0 0				
変更前	⑦出産(予定)年月日					⑧出産種別	④産前産後休業期間						
	平成	年	月	日		単胎 0 多胎 1	平成 00 年 00 月 00 日 から	平成 00 年 00 月 00 日 まで					
変更後	⑦出産(予定)年月日					⑧出産種別	④産前産後休業期間					⑤出生児の氏名	
	平成	年	月	日		単胎 0 多胎 1	平成 00 年 00 月 00 日 から	平成 00 年 00 月 00 日 まで	<small>(フリガナ)</small> ケンボ イチロウ <small>(氏)</small> 健保 (名) 一郎				

届書コード	※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					
2 7 3		平成	年	月	日	単胎 0 多胎 1	平成	年	月	日	平成	年	月	日

届書コード	※処理区分	※④産前産後休業開始年月日				※⑥出産(予定)年月日			※⑦産前産後休業終了(予定)年月日					
2 7 5		平成	年	月	日		平成	年	月	日	平成	年	月	日

平成 00 年 00 月 00 日提出

事業所所在地	〒 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇〇 1-1-1		
事業所名称	株式会社 〇〇〇〇〇〇		
事業主氏名	代表取締役 〇〇〇〇〇〇		
電話番号	( 00 ) 0000 - 0000		

事業  
主印

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
Ⓜ