

常務理事	事務長	主任	担当

健康保険 産前産後休業取得者変更（終了）届

①保 険 証		②被保険者の氏名				③被保険者の生年月日							
記 号		番 号		(フリガナ) (氏) (名)				昭和	年	月	日		
								平成					
変更前	④出産（予定）年月日			⑤出産種別	⑥産前産後休業期間								
	令和	年	月	日	単胎	令和	年					月	日から
変更後	⑦出産（予定）年月日			⑧出産種別	⑨産前産後休業期間			⑩出生児の氏名					
	令和	年	月	日	単胎	令和	年	月	日から	(フリガナ) (氏)	(名)		
令和 年 月 日 提出											健 保 記 入 欄	産前産後休業中の 標準報酬月額	(備考)
												千円	

事業主所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	( )	—

印

受付日付印

記入要領  
 太枠線内は事業所にて記入のこと。  
 ①～⑥については「産前産後休業取得者申出書」にて申出た内容と変わらないこと。  
 ④～⑥に変更がある場合は⑦～⑨に記入すること  
 ⑩は出産前に予定で申出た場合記入のこと