

所 属 ・ 支 社 名

常務理事	事務長	担当者

健 康 保 険 産 前 産 後 休 業 取 得 者 変 更 (終 了) 届

被保険者証の		被 保 険 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日								
記号	番号	(フリガナ)	(氏) (名)		昭 5	年	月	日					
		(氏)	(名)	男 1	昭 5								
				女 2	平 7								
変更前 ↓ 変更後	出産(予定)年月日		出産種別*いずれかに○		産前産後休業期間								
	平 7	年	月	日	单胎	多胎	平成	年		月	日から	平成	年
変更後	出産(予定)年月日		出産種別*いずれかに○		産前産後休業期間				出生児の氏名				
	平 7	年	月	日	单胎	多胎	平成	年	月	日から	(フリガナ)	(氏)	(名)
					※健保記入欄	健康保険料免除期間： 年 月～ 年 月分まで							

事業所所在地 〒	平成 年 月 日提出
事業所名称	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> 受付日付印
事業主氏名	
電 話	

- ・平成26年度からの制度です。
- ・平成26年4月30日以降に産前産後休業が終了した方が対象となります。
- ・出生児の氏名欄は多胎の場合は列記してください
- ・保険料を徴収しない期間は、産前休業開始年月日の属する月から産後休業終了日の翌日の属する月の前月までとなります。