

常務理事	事務長	課長	担当

記入例

健康保険 産前産後休業取得者変更（終了）届

(本書には副として必ずコピーを添付してください)

◎当該届に関する確認通知書は副をもってかえさせていただきます。
 ※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		被保険者の生年月日				
9 9 9 9	1 2 3 4			(氏)	(名)	5.昭	年	月	日	
				○田 美○		7.平	5	8	1 0 2 0	
変更前	出産(予定)年月日			出産種別	産前産後休業期間					
	平成	年	月		日	1. 単胎	平成 29 年 8 月 22 日から			
	2	9	1 0 0 2	2. 多胎	平成 29 年 11 月 27 日まで					
変更後	出産(予定)年月日			出産種別	産前産後休業期間			出生児の氏名		
	平成	年	月		日	1. 単胎	平成 29 年 8 月 19 日から		(氏)	(名)
	2	9	0 9 1 9	2. 多胎	平成 29 年 11 月 14 日まで		○田 莉○			
産前産後休業開始年月日			産前産後休業終了予定年月日			備考				
平成	※	年	月	日	平成	※	年	月	日	※

平成 29 年 10 月 18 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒 100 - 1000	
事業所名称	東京都中央区○町 ○-○○	
事業主氏名	□△◎株式会社	
電話番号	(03)	0000 - 0000

