

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者

健康保険 産前産後休業取得者変更（終了）届

◎記入の方法は裏面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 健康保険証の記号				② 健康保険証の番号		⑦ 年金手帳の基礎年金番号				④ 被保険者の氏名				③ 被保険者の生年月日			
1	2	3	4	56						(フリガナ) ケンポ ハナコ		(氏) 健保 花子		昭5	年	月	日
												平7	○	○	○	○	○
変更前	⑧ 出産(予定)年月日				⑨ 出産種別		⑩ 産前産後休業期間										
	平・令	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
変更後	⑪ 出産年月日				⑫ 出産種別		⑬ 産前産後休業期間				⑭ 出生児の氏名						
	平・令	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		(フリガナ) ケンポ		(氏) 健保								(フリガナ) イチロウ		(名) 一郎			

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	⑧ 作成原因	送信
平・令 ※ 年 月 日	单胎 0 多胎 1	平・令 ※ 年 月 日	平・令 ※ 年 月 日	※	

④ 産前産後休業開始年月日	⑤ 作成原因	送信	⑥ 出産(予定)年月日	⑦ 産前産後休業終了(予定)年月日	送信
平・令 ※ 年 月 日	※		平・令 ※ 年 月 日	平・令 ※ 年 月 日	

令和 ○年 ○月 ○日提出

事業所所在地	〒 170 - 1234 東京都豊島区○○2-3-4
事業所名称	○×歯科医院
事業主氏名	○○ ○○
電話	(03) 0000 - 0000

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等