

常務理事	事務長	健保担当者

健康保険 産前産後休業取得者変更(終了)届

◎「※」印欄は記入しないでください。

①事業所 記号		②被保険者番号		⑦年金手帳の基礎年金番号		①被保険者の氏名		③被保険者の生年月日	
						(フリガナ) (氏) (名)		昭 平 令	5 7 9
変更前	⑦出産(予定)年月日			⑧出産種別	⑨産前産後休業期間			※ <input type="checkbox"/> 開始年月日に変更となる場合 ⇒ 届書コード273へ <input type="checkbox"/> 開始年月日に変更がない場合 ⇒ 届書コード275へ	
	令和 9	年	月	日	単胎 0 多胎 1	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
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 9	年	月	日	単胎 0 多胎 1	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(フリガナ) (氏)	(名)	

届書コード	処理区分	届書	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
2 7 3	※		令和 9	年	月	日	※単胎 0 多胎 1	令和 9	年	月	

届書コード	処理区分	届書	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
2 7 5	※		令和 9	年	月		日	※	令和 9	年	

令和 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	-

社会保険労務士の提出代行者