

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		④被保険者の氏名		③被保険者の生年月日			
1 6		50		/ /		(フリガナ) オトワ ハナコ (氏) 音羽 花子		昭 5 平 7 令 9	年	月	日
令和 9 2 6 0 6 1 5		⑤出産種別 単胎 0 多胎 1		④産前産後休業期間 令和 26 年 5 月 5 日 から 令和 26 年 8 月 10 日 まで			※ <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 2 6 0 6 2 3		⑤出産種別 単胎 0 多胎 1		④産前産後休業期間 令和 26 年 5 月 5 日 から 令和 26 年 8 月 10 日 まで			⑦出生児の氏名 (フリガナ) オトワ サクラ (氏) 音羽 さくら				

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	※	届書	令和 9 / /	※ 単胎 0 多胎 1	令和 9 / /	令和 9 / /	※	送信

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	※	届書	令和 9 / /	※	送信	令和 9 / /	令和 9 / /	送信

令和 年 月 日提出

事業所所在地	〒 111 - 1111		
事業所名称	〇〇県〇〇市〇〇町1 会社名		
事業主氏名	〇〇 〇〇	⑨	
電話番号	(03)	〇〇〇〇	- 〇〇〇〇

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
⑩	