

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		昭 5		年		月		日	
								(氏) 音羽		(名) 花子		平 7		5 5		1 2		0 9	
変更前	⑦出産(予定)年月日				⑤出産種別		④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								
	平成 7	2	6	0	6	1	5	単胎 0		多胎 1					平成 26 年 5 月 5 日 から 平成 26 年 8 月 10 日 まで				
変更後	⑦出産(予定)年月日				⑤出産種別		④産前産後休業期間				⑦出生児の氏名								
	平成 7	2	6	0	6	2	3	単胎 0		多胎 1		平成 26 年 5 月 5 日 から 平成 26 年 8 月 18 日 まで							
(フリガナ) オトワ		サクラ		(氏) 音羽		(名) 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	平成 7	※ 単胎 0 多胎 1	平成 7	※	※	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	平成 7	※	送信	平成 7	平成 7	送信

平成 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		
事業主氏名	会社名		
電話番号	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇
	(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	
	〇〇