

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)		昭 5		年		
								(氏)		平 7		月		
												日		
変更前	⑦出産(予定)年月日				④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	年	月	日	単胎 0 多胎 1	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで								
変更後	⑦出産(予定)年月日				④出産種別		⑦産前産後休業期間				⑦出生児の氏名			
	平成 7	年	月	日	単胎 0 多胎 1	平成 年 月 日 から 平成 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	※		平成 7	年	月	日	※ 単胎 0 多胎 1	平成 7	年	月	日	平成 7	年	月	日	※			

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	※		平成 7	年	月	日	※	平成 7		年	月	日	平成 7	年	月	日		

平成 年 月 日提出

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名	④	
電話番号	()	-

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	④