

常務理事	事務長	課長	担当

記入例

### 健康保険 産前産後休業取得者変更（終了）届

(本書には副として必ずコピーを添付してください)

◎当該届に関する確認通知書は副をもってかえさせていただきます。  
 ※印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号		被保険者証の番号				被保険者の氏名				被保険者の生年月日			
9 9 9 9		1 2 3 4				○田 美○				5.昭 7.平 5 8 1 0 2 0			
変更前	出産(予定)年月日				出産種別	産前産後休業期間							
	平成	2	9	1 0 0 2		1. 単胎	平成 29 年 8 月 22 日から 平成 29 年 11 月 27 日まで						
変更後	出産(予定)年月日				出産種別	産前産後休業期間				出生児の氏名			
	平成	2	9	0 9 1 9		1. 単胎	平成 29 年 8 月 19 日から 平成 29 年 11 月 14 日まで				○田 莉○		
産前産後休業開始年月日				産前産後休業終了予定年月日				備考					
平成 ※ 年 月 日				平成 ※ 年 月 日 ※									

平成 29 年 10 月 18 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒 100 - 1000
事業所名称	東京都中央区○町 ○-○○
事業主氏名	□△◎株式会社
電話番号	( 03 ) 0000 - 0000

