

正

健康保険産前産後休業取得者変更(終了)届

常務理事	事務長	主任	担当者

◎「※」印欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦被保険者の氏名		③被保険者の生年月日				
		(フリガナ)		昭 平 令	5 7 9	年	月	日
		(氏)	(名)					

変更前	④出産(予定)年月日			⑦出産種別	⑤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(A)へ <input type="checkbox"/> 開始年月日に変更がない場合 ⇒ 届書コード(B)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	④出産年月日			⑦出産種別	⑤産前産後休業期間			⑧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)

届書コード	※④出産年月日			※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備考			
(A)	令和9	年	月	日	単胎 0 多胎 1	令和9	年	月	日	令和9	年	月	日	

届書コード	※④産前産後休業開始年月日			※⑤出産年月日			※⑥産前産後休業終了(予定)年月日			⑦備考			
(B)	令和9	年	月	日	令和9	年	月	日	令和9	年	月	日	

※ 保険料免除(予定)期間	
令和	令和
年	年
月分	月分
～	～

令和 年 月 日提出

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

受付日付印

副

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健康保険被保険者証の記号		②健康保険被保険者証の番号		⑦被保険者の氏名				③被保険者の生年月日								
				(フリガナ)				昭 5		年		月		日		
				(氏)		(名)		平 7		年		月		日		
								令 9		年		月		日		
変更前	④出産(予定)年月日			⑤出産種別		⑥産前産後休業期間				※ <input type="checkbox"/> 開始年月日が変更となる場合 ⇒ 届書コード(A)へ <input type="checkbox"/> 開始年月日に変更がない場合 ⇒ 届書コード(B)へ						
	令和9	年	月	日	単胎 0 多胎 1	令和	年	月	日					から	令和	年
変更後	④出産年月日			⑤出産種別		⑥産前産後休業期間				⑦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)

届書コード	※④出産年月日			※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備考		
(A)	令和9	年	月	日	単胎 0 多胎 1	令和9	年	月	日	令和9	年	月	日	

届書コード	※④産前産後休業開始年月日			※⑤出産年月日			※⑥産前産後休業終了(予定)年月日			⑦備考			
(B)	令和9	年	月	日	令和9	年	月	日	令和9	年	月	日	

※ 保険料免除(予定)期間			
令和	年		令和
	年	月分	年
		～	月分

令和 年 月 日提出



事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	—

【付記】
 1. この通知の内容について不明な点は、当健康保険組合までお問い合わせください。また、この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。
 2. この通知を受けとったら、すみやかに確認された事項を、それぞれの被保険者に通知しなければなりません。被保険者に通知したときは、その旨を明らかにするため備考欄に当該被保険者の署名を求めています。