

届書コード	処理区分	届出
※ 1 2 0		

常務理事	事務長	課長	係

## 健康保険 産前産後休業取得者変更（終了）届

正

◎ 「※」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・事業所番号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 個人番号〔基礎年金番号〕						④ 被保険者の氏名		/		
								(フリガナ)	(氏)		(名)	
変更前	㊦ 出産(予定)年月日			㊧ 出産種別	㊨ 産前産後休業期間			⑤ 被保険者の生年月日				
	平成	年	月	日		年	月	日	から	年	月	日
変更後	㊩ 出産(予定)年月日			㊪ 出産種別	㊫ 産前産後休業期間			⑥ 出生児の氏名				
	平成	年	月	日		年	月	日	から	(フリガナ)	(氏)	(名)

届書コード	処理区分	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
2 7 3	※	※ 年 月 日 ※		※ 年 月 日	※ 年 月 日 ※	

届書コード	処理区分	④ 産前産後休業開始年月日	⑤ 作成原因	⑥ 出産(予定)年月日	⑦ 産前産後休業終了(予定)年月日
2 7 5	※	※ 年 月 日 ※		※ 年 月 日	※ 年 月 日

令和 年 月 日 提出

受付日付印

保険料を徴収しない期間は、産前産後休業開始年月日の属する月から産前産後休業終了年月日の翌日の属する月の前月までとなります。

- ※  開始年月日に変更となる場合  
⇒ 届書コード273へ
- 開始年月日に変更がない場合  
⇒ 届書コード275へ

巨樹の会健康保険組合

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	( ) 局	番

副

## 健康保険 産前産後休業取得者変更（終了）確認通知書

①年金整理記号	②健保被保証番号 年金整理番号	③個人番号〔基礎年金番号〕	④被保険者の氏名	
			(フリガナ) (氏) (名)	
*				
変更前	㊦ 出産(予定)年月日	㊱ 出産種別	㊲ 産前産後休業期間	⑤被保険者の生年月日
	平成 年 月 日		年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日
変更後	㊧ 出産(予定)年月日	㊲ 出産種別	㊳ 産前産後休業期間	㊴ 出生児の氏名
	平成 年 月 日		年 月 日 から 年 月 日 まで	(フリガナ) (氏) (名)

届書コード	処理区分	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
2 7 3	*	* 年 月 日	* 単胎 0 * 多胎 1	* 年 月 日	* 年 月 日	*

届書コード	処理区分	④ 産前産後休業開始年月日	⑤ 作成原因	⑥ 出産(予定)年月日	⑦ 産前産後休業終了(予定)年月日
2 7 5	*	* 年 月 日	*	* 年 月 日	* 年 月 日

<p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電 話 ( ) 局 番</p>	<p>上記のとおり産前産後休業取得者変更(終了)を確認したので通知します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 提出</p> <p>保険料を徴収しない期間は、産前産後休業開始年月日の属する月から産前産後休業終了年月日の翌日の属する月の前月までとなります。</p>
---	---

この通知を受け取ったら、すみやかに確認された事項を被保険者に通知してください。

巨樹の会健康保険組合理事長

巨樹の会健康保険組合

届書コード	処理区分	届書
※		

厚生年金保険 産前産後休業取得者変更（終了）届

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

①年金整理記号	②年金整理番号	③個人番号〔基礎年金番号〕	④被保険者の氏名
※			(フリガナ) (氏) (名)
変更前	㊦ 出産(予定)年月日 平成 年 月 日	㊧ 出産種別	㊨ 産前産後休業期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
変更後	㊩ 出産(予定)年月日 平成 年 月 日	㊪ 出産種別	㊫ 産前産後休業期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

届書コード	処理区分	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
2 7 3	※	※ 年 月 日	※ 単胎 0 多胎 1	※ 年 月 日	※ 年 月 日	※

届書コード	処理区分	④ 産前産後休業開始年月日	⑤ 作成原因	⑥ 出産(予定)年月日	⑦ 産前産後休業終了(予定)年月日
2 7 5	※	※ 年 月 日	※	※ 年 月 日	※ 年 月 日

令和 年 月 日 提出

受付日付印

巨樹の会健康保険組合

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	( ) 局	番

- ※  開始年月日に変更となる場合  
⇒ 届書コード273へ
- 開始年月日に変更がない場合  
⇒ 届書コード275へ