|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健康保険　産前産後休業保険料免除 変更・終了 届** | | | | | | | | | | | | | | | | 事務長 | | | 課 長 | | | 課長補佐 | 係 |
|  | | |  | | |  |  |
| 被  保  険  者 | 記号 | |  | 番号 |  | | 資格取得日 | | | | 昭和・平成・令和  年 月 日 | | | | 標準 報酬 月額 | | |  | |  |  | 健保受付日付印 | |
| 氏名 | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | 生年月日 | | 昭和・平成  年 月 日 | | | 年齢 | | | 歳 | | | |
|  | | | |  | |
| 被保険者 勤務地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出生児について | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | 性別 | | | | 続柄 | 出産年月日 | | | | | | | |  | |
| 氏　名 | | | | | 男　　女 | | | |  | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 変更前 | | | 出産（予定）年月日 | | | 出産種別 | | | | | 産 前 産 後 休 業 期 間 | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | ・単胎　・多胎 | | | | | 令和　　年　　月　　　日　から | | | | | | 令和　　年　　月　　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 | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | ・単胎　・多胎 | | | | | 令和 年 月 日　から | | | | | | 令和　　年　　月　　日　まで | | | | | | |
| 事 業 主  の 証 明 | | 上記の通り届出があり、調査のうえ  承認したことを証明する。  令和 年 月 日 | | | | | 事業所の名称・所在地  事業主の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

◆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予定年月日翌日の属する月の前月までとなります。

◆産前期間の勤務状況が分かる資料(勤務表等)を添付してください。