

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	標準報酬額		健保受付日付印
	氏名	フリガナ	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		フリガナ	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。