

専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 産前産後休業取得者変更(終了)届

◎記入の方法をよく読んで記入してください。
 ※「印欄」は記入しないでください。

①事業所整理記号		②被保険者整理番号		⑦年金手帳の基礎年金番号		①被保険者の氏名		③被保険者の生年月日	
						(フリガナ) (氏) (名)		昭 5 平 7	年 月 日
変更前	⑦出産(予定)年月日		⑨出産種別	④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273へ <input type="checkbox"/> 開始年月日に変更がない場合 ⇒ 届書コード275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	⑦出産(予定)年月日		⑨出産種別	④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) (名)	

届書コード	※処理区分	届書	※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	※		令和 9 年 月 日	※ 単胎 0 多胎 1	令和 9 年 月 日	令和 9 年 月 日	令和 9 年 月 日	※		

届書コード	※処理区分	届書	※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	※		令和 9 年 月 日	※	令和 9 年 月 日	令和 9 年 月 日	令和 9 年 月 日		

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		印
電話番号	()	—

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
印

【記入の方法】

1. ③の年号は、該当する数字を○印で囲んでください。

生年月日は、たとえば昭和62年11月7日の場合は、

昭	5	年		月		日	
平	7	6	2	1	1	0	7

のように記入してください。

2. ㉞および㉟は、産前産後休業期間の変更（終了）前後の出産予定年月日または出産年月日を記入してください。

たとえば令和2年2月5日出産予定の場合は、

		年		月		日	
令	9	0	2	0	2	0	5

のように記入してください。

3. ㊸および㊹の出産種別は、該当する数字を○で囲んでください。

4. ㊺は、変更（終了）前の産前産後休業の開始年月日および終了予定年月日を記入してください。

5. ㊻は、変更（終了）後の産前産後休業の開始年月日および終了予定年月日（産前産後休業の終了の場合は終了年月日）を記入してください。
なお、出産予定年月日より前に出産したときは、出産年月日以前42日（多胎妊娠の場合は98日）の範囲内で妊娠または出産に関する事由で労務に服していなかった期間が産前休業となりますので、開始年月日に注意してください。（出産予定年月日を基準とした開始年月日より早まる場合があります。）

6. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

（参考）

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の翌日の属する月の前月までとなります。