

産前産後休業保険料免除変更(終了)届

常務理事	事務長	担当

被保険者の記入する欄	被保険者証	記号		氏名	㊞		生年月日	昭和 年 月 日 平成
	事業所名					事業所所在地		
	出生児の氏名					出生児の生年月日	令和 年 月 日	
	変更前							
	出産(予定)日	令和 年 月 日			出産の種別	単胎 ・ 多胎		
	産前産後休業期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						
	変更後							
	出産(予定)日	令和 年 月 日			出産の種別	単胎 ・ 多胎		
	産前産後休業期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						
	事業主の記入する欄	上記のとおり保険料免除の申出変更をいたします。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 事業主 氏名 名称						
健保組合記入欄	産前産後休業(免除)開始年月日	令和 年 月 日			産前産後休業(免除)終了予定期月日	令和 年 月 日		
	備考							

※この届出書は、当初の申出書の記載内容に変更があった場合で、産後休業後に育児休業の申出をされない方が提出してください。