

届書コード	処理区分	届 書
※		

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

**健 康 保 險
厚 生 年 金 保 險 産前産後休業取得者変更(終了)届**

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
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)	昭 5 平 7 年 月 日	
変更前	⑦出産(予定)年月日		⑤出産種別	⑧産前産後休業期間	
	平成 7	年	月	日	单胎 0 多胎 1 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
変更後	⑦出産(予定)年月日		⑤出産種別	⑧産前産後休業期間	※ <input type="checkbox"/> 開始年月日が変更となる場合 ⇒ 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
	平成 7	年	月	日	单胎 0 平成 年 月 日 から 多胎 1 平成 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	送 信
2 7 3	※	平成 7	※ 年 月 日 ※ 单胎 0 多胎 1	平成 7	※ 年 月 日 平成 7	※ 年 月 日 平成 7	※

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	送 信
2 7 5	※	平成 7	※ 年 月 日 ※	平成 7	※ 年 月 日 平成 7	※ 年 月 日 平成 7

平成 年 月 日提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話番号	() -

社会保険労務士の提出代行者印
㊞

受付日付印

