

# 産前産後休業 取得者申出・変更（終了）届

常務理事	事務長	業務課長	担当者

健保決定欄	取得申出	開始年月日		令和	年	月	日	から	休業終了予定年月日	令和	年	月	日	まで
	休業変更終了	変更開始年月日		令和	年	月	日	から	休業終了予定年月日	令和	年	月	日	まで
	今回対象	初回申出	開始日変更	終了日変更	保険料免除月	免除開始	令和	年	月	から	免除終了	令和	年	月

被保険者欄	被保険者証の記号-番号	-		氏名										
	生年月日	5. 昭和	7. 平成	年	月	日	提出年月日	下記のとおり申請します。 令和 年 月 日						
	現住所	〒 - - - - -												
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、個人番号確認、本人確認をするための注7の添付書類をつけて提出して下さい。													
	今回申請	1. 取得申出    2. 開始変更    3. 終了変更												

出産（予定）	出産予定日	令和	年	月	日	出産種別	1. 単胎	フリガナ	
	変更後出産予定	令和	年	月	日		2. 多胎	出生児①氏名	
	出産日	令和	年	月	日	変更後出産種別	1. 単胎	フリガナ	
						2. 多胎	出生児②氏名		

産前産後休業期間	取得申出（変更前）	開始年月日		令和	年	月	日	から	休業終了予定年月日	令和	年	月	日	まで
	開始日変更	変更開始年月日		令和	年	月	日	から	休業終了予定年月日	令和	年	月	日	まで
	終了日変更	終了日変更							変更終了予定年月日	令和	年	月	日	まで

事業主欄	確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 役職 氏名
	<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。	
	<input type="checkbox"/>	②記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。	

- 【注意事項】
- 日付は和暦、選択欄は該当数字を記入するか該当数字を○で囲んで下さい。
  - 出産予定年月日は必ず記入して下さい。
  - 出産後に提出する場合は、出生児氏名を記入して下さい。（出産前の場合は記入不要）
  - 初回休業申出の場合、産前産後休業期間の「申出」欄を記入して下さい。
  - 産前産後休業の開始日を変更する場合、産前産後休業期間の「申出」と「開始日変更」を記入して下さい。
  - 産前産後休業終了の終了日を変更する場合、産前産後休業期間の「申出」と「終了日変更」を記入して下さい。
  - マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付して下さい。
- （参考）
- 保険料の徴収が免除される期間は、産前産後休業開始月から終了予定日の翌日の月の前月（産前産後休業終了日が月の末日の場合は産前産後休業終了月）までです。
  - 出産後に提出する場合で出産予定年月日より前に出産した時は、出産年月日以前42日（多胎妊娠の場合98日）の範囲内で妊娠又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下さい。（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あり）

産前産後休業  
保険料免除 通知書令和 年 月 日  
下記の通り決定しましたので  
通知します。

S K 健康保険組合

健保決定欄	取得 申出	開始 年月日	令和 年 月 日 から	休業終了 予定 年月日	令和 年 月 日 まで
	休業 変更 終了	変更 開始 年月日	令和 年 月 日 から	休業終了 予定 年月日	令和 年 月 日 まで
	今回 対象	初回申出 開始日変更 終了日変更	保険料 免除月	免除 開始	令和 年 月 から 免除 終了

被保険者欄	被保険者証の 記号-番号	-		氏名	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	提出年月日	下記のとおり申請します。 令和 年 月 日
	現住所	〒 - - - - -			
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、個人番号確認、本人確認をするための注7の添付書類をつけて提出して下さい。				
	今回申請	1. 取得申出 2. 開始変更 3. 終了変更			

出産 (予定)	出産 予定日	令和 年 月 日	出産 種別	1. 単胎 2. 多胎	フリガナ	
	変更後 出産予定	令和 年 月 日			出生児① 氏名	
	出産日	令和 年 月 日	変更後 出産 種別	1. 単胎 2. 多胎	フリガナ	
					出生児② 氏名	

産前産後休業期間	取得 申出 (変更前)	開始 年月日	令和 年 月 日 から	休業終了 予定 年月日	令和 年 月 日 まで
	開始日 変更	変更 開始 年月日	令和 年 月 日 から	休業終了 予定 年月日	令和 年 月 日 まで
	終了日 変更	終了日 変更		変更 終了予定 年月日	令和 年 月 日 まで

事業主欄	上記のとおり証明しました。
	令和 年 月 日 提出
	所在地
	名称
	役職 氏名

1. この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3カ月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2カ月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6カ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6カ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）

なお、審査請求があった日から2カ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

2. この決定を受け取った後、速やかに確認及び決定された事項を被保険者に通知しなければなりません。