

産前産後休業 取得者申出・変更（終了）届

常務理事	事務長	課長	担当者

※健保決定欄	下記の届出による 保険料免除期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
--------	---------------------	-------------------------

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-			被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入		
	氏 名				被保険者の マイナンバー	※ 注3 - -	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	届出年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - - TEL - -					

出 産 （ 予 定 ）	出産 予定日	令和 年 月 日	出産種別	1. 単胎 2. 多胎	出生児 氏名①	
	変更後 出産予定	令和 年 月 日	変更後 出産種別	1. 単胎 2. 多胎	出生児 氏名②	
	出産日	令和 年 月 日			出生児 氏名③	

産 前 産 後 休 業 期 間	区分	保険料免除開始日 から 保険料免除終了（予定）日 まで				
	<input type="checkbox"/> 取得申出日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
	<input type="checkbox"/> 開始日変更	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
	<input type="checkbox"/> 終了日変更	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				

事 業 主 欄	確認欄 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を 入れる	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 ①届出者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないか届出者本人が確認している。	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/>		所在地 名 称 役 職 氏 名

【注意
事項】

- この届は、産前産後休業を取得した場合に提出ください。
- 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に✓を記入してください。
- 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
(被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。)
- 氏名・生年月日・住民票住所は、住民票に記載されたとおりに記入してください。
- 出産後に提出する場合は、出生児氏名を記入してください。(出産前の場合は出産予定と記入)
- 初めて申出する場合、産前産後休業期間の「取得申出」に☑し免除期間を記入してください。
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「開始変更」に☑し変更後の「取得申出の免除期間」と「変更した免除期間」を記入してください。
産前産後休業の終了日を変更する場合、産前産後休業期間の「終了変更」に☑し「取得申出の免除期間」と「終了変更した免除期間」を記入してください。
- 保険料免除開始日が「1.単胎」の場合、「出産予定日」以前42日の範囲内の日付を記入してください。「2.多胎」の場合、「出産予定日」以前98日の範囲内の日付を記入してください。産前産後休業期間の区分が「変更」の場合、最初に産前産後休業の申出をされた際に記入した開始年月日を記入してください。
- 保険料免除終了（予定）日は、「出産予定日」の翌日の56日以内の日付を記入してください。「変更」の場合は、出産後の翌日の56日以内の日付を記入してください。
- ※健保決定欄の保険料免除期間は、記入しないでください。

産前産後休業 保険料免除通知書

本書のとおり決定しました

ので通知します。

S K健康保険組合 理事長

※健保決定欄	下記の届出による 保険料免除期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
--------	---------------------	---------------------

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-			
	氏 名				
	生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日	届出年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒	-	TEL	-

出 産 (予 定)	出産 予定日	令和 年 月 日	出産種別	1.単胎 2.多胎	出生児 氏名①	
	変更後 出産予定	令和 年 月 日	変更後 出産種別	1.単胎 2.多胎	出生児 氏名②	
	出産日	令和 年 月 日			出生児 氏名③	

産 前 産 後 休 業 期 間	区分	保険料免除開始日 から 保険料免除終了(予定)日 まで				
	<input type="checkbox"/> 取得申出日	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	
	<input type="checkbox"/> 開始日変更	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	
	<input type="checkbox"/> 終了日変更	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	

事 業 主 欄	上記のとおり届出しました。
	令和 年 月 日
	所在地
	名 称 役 職 氏 名

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か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か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か月以内(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か月以内)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か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。