

副

健康保険産前産後休業取得者変更(終了)確認通知書

被保険者番号											
被保険者の氏名					生年月日						
(フリガナ) 氏		名			昭和 平成	年	月	日			
出生児の氏名					出産年月日			性別	出産種別		
(フリガナ) 氏		名			令和	年	月	日	男・女	単胎・多胎	
出産(予定)年月日				変更前	出産(予定)年月日			産前産後休業期間			
令和	年	月	日		令和	年	月	日	令和	年	月
*産前産後休業開始年月日				変更後	出産(予定)年月日			産前産後休業期間			
令和	年	月	日		令和	年	月	日	令和	年	月
*産前産後休業終了予定年月日				備考							
令和	年	月	日								
事業所所在地					上記のとおり産前産後休業取得者変更(終了)を確認したので通知します。 年 月 日 関西電力健康保険組合 令和3年5月更新						
事業所名称											
事業主氏名											
電話番号											