

様式 62

事業主 経由  
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

健康保険 産前産後休業取得者変更(終了)届  
介護保険

記号	番号	会社名	所属部課	氏名(自署)	被保険者の生年月日
					昭平 年 月 日

現住所 〒 -  
Tel - -

変更前	① 出産(予定)年月日	② 出産種別	③ 産前産後休業期間		
	平成 年 月 日	単胎 多胎	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
変更後	④ 出産(予定)年月日	⑤ 出産種別	⑥ 産前産後休業期間		⑦ 出生児の氏名
	平成 年 月 日	単胎 多胎	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		フリガナ (氏) (名)

事業所所在地  
事業所名称  
事業主(代理人)氏名  
電話番号  
(担当者氏名

) 印 Tel

健保受付印

健保記入欄	開始年月日が変更となる場合	出産(予定)年月日	出産種別	産前産後休業開始年月日	産前産後休業終了予定年月日
		平成 年 月 日	単胎・多胎	平成 年 月 日	平成 年 月 日
健保記入欄	開始年月日に変更がない場合	産前産後休業開始年月日		出産(予定)年月日	産前産後休業終了予定年月日
		平成 年 月 日		平成 年 月 日	平成 年 月 日