

届書コード	処理区分	届書
2 7 3		

健康保険  
厚生年金保険  
厚生年金基金  
産前産後休業取得者変更(終了)届

常務理事	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

基金番号	事業所番号	加入員番号	CD

◎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	④被保険者の氏名 (フリガナ) (氏)	③被保険者の生年月日 昭5 平7 年 月 日
変更前	⑥出産(予定)年月日 平成7年 月 日	⑤出産種別 単胎 0 多胎 1	⑧産前産後休業期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	※ <input type="checkbox"/> 開始年月日が変わる場合 ⇒届出コード273へ <input type="checkbox"/> 開始年月日に変更がない場合 ⇒届出コード275へ
変更後	⑥出産(予定)年月日 平成7年 月 日	⑤出産種別 単胎 0 多胎 1	⑧産前産後休業期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
			④出生児の氏名 (フリガナ) (氏)	(名)

届出コード	処理区分	④出産(予定)年月日	⑤出産種別	⑥産前産後休業開始予定年月日	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	単胎 0 多胎 1	平成7年 月 日	平成7年 月 日	※	

届出コード	処理区分	④産前産後休業開始予定年月日	⑤作成原因	送信	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	

備考 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話番号 ( ) -

平成 年 月 日 提出  
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 (印)