



健康保険 産前産後休業取得者申出書

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

◎「※」印欄は記入しないでください。

①被保険者証の記号		②被保険者証の番号		⑦ 被 保 険 者 の 氏 名				③被保険者の生年月日								
				(フリガナ)				昭 和 平 成	年	月	日					
				(氏)		(名)										
④出産予定年月日				⑤出産種別		① 産 前 産 後 休 業 期 間				※⑥産前産後休業開始年月日		※⑦産前産後休業終了予定年月日				
平成	年	月	日	単胎 0	平成・令和	年	月	日から	平成	年	月	日	平成	年	月	日
令和				多胎 1	平成・令和	年	月	日まで	令和				令和			
⑤出生児の氏名					⑧出産年月日				備 考							
(フリガナ)					平成				年	月	日					
(氏)					令和											

保険料を徴収しない期間は、「産前産後休業開始年月日」の属する月から「産前産後休業終了予定年月日」の翌日の属する月の前月までとなります。 令和 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	—

社会保険労務士記載欄