



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

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)		(氏)		昭 5	年	月	日					
						平 7								
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 7	年	月	日	単胎 0 多胎 1	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	平成 7	年	月	日	平成 7	年	月	日
⑨出生児の氏名				⑧出産年月日				備 考						
(フリガナ)				平成 7 年 月 日										
(氏)				(名)										

◎「※」印欄は記入しないでください。

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。平成 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	()	-

社会保険労務士の提出代行者印	
	Ⓜ