

常務理事	事務長	健保担当者

健康保険 産前産後休業取得者申出書

◎「※」印欄は記入しないでください。

①事業所 記号		②被保険者番号	⑦年金手帳の基礎年金番号		①被保険者の氏名		③被保険者の生年月日						
					(フリガナ) (氏) (名)		昭 5 平 7 令 9	年	月	日			
④出産予定年月日			⑤出産種別	⑦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					
令和 9	年	月	日	単胎 0 多胎 1	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	令和 9	※年	月	日	令和 9	※年	月	日
⑧作成原因		⑨出生児の氏名		⑩出産年月日		送信	備考						
※		(フリガナ) (氏) (名)		令和 9 年 月 日									

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	() -

社会保険労務士の提出代行者