

|      |     |       |
|------|-----|-------|
| 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                            | ④被保険者の氏名<br>(フリガナ)<br>(氏)  | ③被保険者の生年月日<br>昭 5 年 月 日<br>平 7 9<br>令 9 |
| ④出産予定年月日<br>令和 9 年 月 日 | ⑤出産種別<br>単胎 0<br>多胎 1    | ⑥産前産後休業期間<br>令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで | ⑥産前産後休業開始年月日<br>令和 9 年 月 日 | ⑦産前産後休業終了予定年月日<br>令和 9 年 月 日            |
| ⑧作成原因<br>※             | ⑨出生児の氏名<br>(フリガナ)<br>(氏) | ⑩出産年月日<br>令和 9 年 月 日                    | 備考<br>送信                   |   |

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印 |
| ㊞              |