

健康保険 産前産後休業取得者申出書

常務理事	事務長	健保担当者

◎「※」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				③被保険者の生年月日			
										(フリガナ)				昭 5 年 月 日 平 7 令 9			
										(氏)				(名)			
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				⑧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)				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	印	
電話番号	()	—

社会保険労務士の提出代行者印	
	印