

## 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																																			
				(ワガナ)				(氏)				(名)																																			
												昭 5		年		月		日																													
												平 7		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																																	
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		※年		月		日		平成		※年		月		日	
⑧作成原因		⑨出生児の氏名						⑩出産年月日				備 考																																			
※		(ワガナ)						(氏)				平成 7		年		月		日		送信																											
		(氏)						(名)																																							

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	
	Ⓜ