

健康保険 産前産後休業取得者申出書

理事長	常務理事	事務長	担当者

①事業所記号		②被保険者番号		③被保険者の氏名				④被保険者の生年月日								
(フリガナ)		(氏)		(名)		昭 5 平 7 令 9		年	月	日						
⑤出産予定年月日				⑥出産種別		⑦産前産後休業期間										
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										
⑧出生児の氏名				⑨出産年月日				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	⑩
電話番号	() -