

# 健康保険 産前産後休業等取得者申出書

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号 (左詰め)	被保険者の氏名 (氏)	被保険者の氏名 (名)	生年月日 昭和 平成 令和	性別 男・女	資格取得年月日 昭和 平成 令和
				年 月 日		年 月 日
被保険者の住所				電話番号		勤務先名称
〒						

【 出産に関する事項 】	出産予定年月日	出産種別	産前産後休業期間			
	令和 年 月 日	単胎・多胎	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
	出生児の氏名		出生年月日	性別	※産前産後休業等開始年月日	※産前産後休業等終了予定年月日
	(フリガナ)	(フリガナ)	令和 年 月 日	男・女	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	(氏)	(名)				
備考			※作成原因			

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。
☐	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業主証明欄	事業所所在地	上記の通り、相違ないことを証明します。 ( 〒 - ) 令和 年 月 日提出
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号 TEL	( )

受付印

社会保険労務士の提出代行者名