

# 健康保険 産前産後休業等取得者申出書

記入例

被保険者証に枝番(2ケタ)の記載がある方は、枝番(2ケタ)まで記入して下さい。

◎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	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須)		生年月日	性別	資格取得年月日
※	(左詰め)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和
1 2 3 4	5 6 7 8 9 0 0	健保	花子	6 3 0 9 0 8	男 女	0 8 0 4 0 1
被保険者の住所				電話番号		勤務先名称
〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101				03-xxxx-xxxx		●●●●株式会社 (任意継続の方は記入不要)
出産予定年月日		出産種別	産前産後休業期間			
令和	0 2 0 7 0 7	単胎	令和02年05月27日から令和02年09月01日まで			
出生児の氏名		出生年月日	性別	終了予定年月日		
(フリガナ)	(フリガナ)	令和	年 月 日		年 月 日	
(氏)	(氏)					
【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。		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。					
<input checked="" type="checkbox"/>	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	※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。				
	事業主氏名					
	電話番号	TEL ( )				

出産後の提出であれば、出生児の氏名・出産年月日・性別を記入してください。

【訂正方法】  
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。