

正

健康保険 産前産後休業取得者申出書

常務理事	事務長	課長	担当者

◎記入の方法は裏面に書いて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。

①記号	②被保険者番号	⑦年金手帳の基礎年金番号		①被保険者の氏名		③被保険者の生年月日						
.....	.....	.....	.....	(フリガナ)		昭 5	.....	.....	.....	.....
				(氏)	(名)	平 7	.....	.....	.....	.....
④出産予定年月日			⑤出産種別	⑥産前産後休業期間			⑧産前産後休業開始年月日			⑨産前産後休業終了予定年月日		
令和 9	.....	.....	単胎 0 多胎 1	令和 .....	.....	日 から	令和 9	※ .....	.....	.....	.....
				令和 .....	.....	日 まで					
⑧作成原因		⑩出生児の氏名			⑪出産年月日			備考				
※		(フリガナ)			令和 9							
		(氏)			.....						

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	.....
電話番号	(.....)

社会保険労務士の提出代行者印
.....

副

健康保険 産前産後休業取得者 確認通知書

◎記入の方法は裏面に書いて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。

①記号	②被保険者番号	⑦年金手帳の基礎年金番号		①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
.....	.....	.....	.....	(氏)	(名)	平 7	.....	.....	.....
④出産予定年月日		⑤出産種別	⑥産前産後休業期間		⑧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		
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		備考				
※	(フリガナ)	(名)	令和 9	年 月 日					
	(氏)								

令和 年 月 日提出

確認印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		様
電話番号	()	—