

|       |      |
|-------|------|
| 届書コード | 処理区分 |
|       |      |

|      |     |  |     |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|      |     |  |     |

## 健康保険 産前産後休業取得者申出書

|                  |   |                   |   |                   |   |  |        |             |   |   |   |               |   |   |        |  |   |  |   |  |   |  |
|------------------|---|-------------------|---|-------------------|---|--|--------|-------------|---|---|---|---------------|---|---|--------|--|---|--|---|--|---|--|
| 被保険者の記号          |   | 番号                |   | 被保険者の氏名           |   |  |        | 被保険者の生年月日   |   |   |   |               |   |   |        |  |   |  |   |  |   |  |
|                  |   |                   |   | (フリガナ)<br>(氏) (名) |   |  |        | 昭<br>平<br>令 | 年 |   | 月 |               | 日 |   |        |  |   |  |   |  |   |  |
|                  |   |                   |   |                   |   |  |        |             |   |   |   |               |   |   |        |  |   |  |   |  |   |  |
| 出産予定日            |   |                   |   | 産前産後休業期間          |   |  |        | 産前産後休業開始年月日 |   |   |   | 産前産後休業終了予定年月日 |   |   |        |  |   |  |   |  |   |  |
| 令<br>和           | 年 |                   | 月 |                   | 日 |  | 令<br>和 |             | 年 |   | 月 |               | 日 |   | 令<br>和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|                  |   |                   |   |                   |   |  |        |             |   |   |   |               |   |   |        |  |   |  |   |  |   |  |
| 出産種別             |   | 出生児の氏名            |   |                   |   |  |        | 出産年月日       |   |   |   | 備 考           |   |   |        |  |   |  |   |  |   |  |
| 単胎 0<br><br>多胎 1 |   | (フリガナ)<br>(氏) (名) |   |                   |   |  |        | 令<br>和      |   | 年 |   | 月             |   | 日 |        |  |   |  |   |  |   |  |
|                  |   |                   |   |                   |   |  |        |             |   |   |   |               |   |   |        |  |   |  |   |  |   |  |

|        |   |   |     |
|--------|---|---|-----|
| 事業所所在地 | 〒 | - |     |
| 事業所名称  |   |   |     |
| 事業主氏名  |   |   |     |
| 電話番号   | ( |   | ) - |

令和 年 月 日

|                |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
|                |

受付日付印