

| | | | | | |
|-------|------|----------|----|------|-----|
| 決裁年月日 | | 令和 年 月 日 | | | |
| 常務理事 | 事務局長 | 事務局次長 | 課長 | 課長補佐 | 担当者 |
| | | | | | |

健康保険 産前産後休業取得者申出書

◎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 健康保険証の記号 | | | | ② 健康保険証の番号 | | ⑦ 年金手帳の基礎年金番号 | | | | ④ 被保険者の氏名 | | | | ③ 被保険者の生年月日 | | | | | | | |
| 1 2 3 4 | | | | 56 | | / / / / / / | | | | (フリガナ) ケンポ ハナコ | | (氏) 健保 花子 | | 昭5 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| 平・令 | | | | 〇 | | 〇 | | | | 〇 | | 〇 | | 〇 | | 〇 | | 〇 | | 〇 | |
| ④ 出産予定年月日 | | | | ⑤ 出産種別 | | ⑦ 産前産後休業期間 | | | | ⑥ 産前産後休業開始年月日 | | | | ⑧ 産前産後休業終了予定年月日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | 単胎 0 | | 平・令 〇年 〇月 〇日 から | | | | ※ 年 月 日 | | | | ※ 年 月 日 | | | | | | | |
| 平・令 | | | | 多胎 1 | | 平・令 〇年 〇月 〇日 まで | | | | 平・令 | | | | 平・令 | | | | | | | |
| ⑧ 作成原因 | | | | ⑨ 出生児の氏名 | | | | ⑩ 出産年月日 | | | | 送 信 | | | | | | | | | |
| ※ | | | | (フリガナ) ケンポ イチロウ | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| (氏) 健保 | | | | (名) 一郎 | | | | 平・令 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | | | | 備考 | | | | | | | | | |

令和 〇年 〇月 〇日提出

受付日付印

| | |
|--------|-------------------------------|
| 事業所所在地 | 〒 170 - 1234 東京都豊島区〇〇2-3-4 |
| 事業所名称 | 〇× 歯科医院 |
| 事業主氏名 | 〇〇 〇〇 |
| 電話 | (03) 0000 - 0000 |

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| 氏名等 |