

健康保険産前産後休業取得者申出書

		課長	係長	係員

◎「※」印欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者証の記号		②健康保険被保険者証の番号		⑦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						
								令 9						
④出産予定年月日			⑤出産種別		⑧産前産後休業期間			※⑥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
⑨出生児の氏名				⑩出産年月日			※保険料免除予定期間			備考				
(フリガナ)							令和	令和						
(氏)				(名)			令和 9	年	月	日	年 月分 ~ 年 月分			

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	
	Ⓜ

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日 改)