

健 保 捺 印 欄			
常務理事	事務長	室 長	担当者

健康保険 産前産後休業取得者申出書

記号	番号	※	被保険者氏名	フリガナ氏名	被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日								
出産予定年月日	平成	年	月	日	出産種別	単胎 多胎	産前産後休業期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで		
出生児の氏名	フリガナ氏名	氏名			出産年月日	平成	年	月	日								
平成 年 月 日提出 事業所所在地 〒 事業所名称 事業主氏名																	
健保記入欄	免除開始年月日	年	月	日	免除終了予定年月日	年	月	日	備考	平成	年	月	～	平成	年	月	免除

※個人番号の記載可

印

太枠は健保記入欄のため、記入しないでください。



受付日付印

(参考)

保険料免除期間は、産前産後休業開始年月日の属する月から産前産後休業終了予定年月日の翌日の属する月の前月までとなります。