

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

健康保険 産前産後休業取得者申出書

◎記入の方法は裏面をご覧ください。
◎太枠部分を記入し、提出してください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

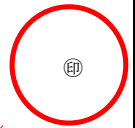
記号	番号	※年金手帳の基礎年金番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日									
20	212			(フリガナ) ケンボ	ハナコ	昭	5	年	月	日					
				(氏) 健保	(名) 花子	平	7	6	0	0	3	0	1		
出産予定年月日			出産種別	産前産後休業期間			※産前産後休業開始年月日			※産前産後休業終了予定年月日					
令和	年	月	日	単胎 0	多胎 1	平成 31年 3月 21日 から	令和 1年 6月 26日 まで	令和	年	月	日	令和	年	月	日
9	0	1	0	5	0	7									
出生児の氏名				出産年月日			備考								
(フリガナ) ケンボ	サブロウ			令和	年	月	日								
(氏) 健保	(名) 三郎			9	0	1	0	5	0	1					

令和 1年 5月 8日提出

◆保険料を徴収しない期間は、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。

受付日付印

事業所所在地	〒 650 - 0000		
事業所名称	神戸市中央区〇〇 2-2		
事業主氏名	株式会社サニー港運		
電話番号	(078)	×××	- ××××



社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	印