

秘密

健康保険 産前産後休業取得者申出書

(産前産後休業をとったとき)

| 審査 | 入力 | 一次 | 二次 | 発送 |
|----|----|----|----|----|
| | | | | |

◎「※」印欄は記入しないでください。

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|--------------------------|---|--|--|----------------------------|--|--|------------------------------|--|--|
| ①被保険者記号 2312 | | ②被保険者番号 200 | | ⑦被保険者の氏名 (フリガナ) ヨコハマ (氏) 横浜 (名) 療子 | | | | ③被保険者の生年月日 昭和 06 年 11 月 07 日 平成 06 年 11 月 07 日 | | | | |
| ④出産予定年月日 令和 07 年 05 月 25 日 | | | ⑤出産種別 単胎 多胎 | ①産前産後休業期間 令和 7 年 4 月 14 日から 令和 7 年 7 月 20 日まで | | | ⑥産前産後休業開始年月日 令和 ※ 年 月 日 | | | ⑦産前産後休業終了予定年月日 令和 ※ 年 月 日 | | |

※出産日以降に提出の場合は下記も記入してください。

| | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|----|--|--|--|
| ⑧出産年月日 令和 年 月 日 | | | | 備考 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |

年 月 日提出

| | |
|--------|---------------------|
| 事業所所在地 | 〒000-0000 横浜市〇〇区〇〇町 |
| 事業所名称 | 〇〇病院 |
| 事業主氏名 | 〇〇 〇〇 |
| 電話 | 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 |

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| |

受付日付印