

健康保険 産前産後休業取得者申出書

常務理事	事務長	課長	主任	係員

被保険者証		③被保険者の氏名		④被保険者の生年月日			⑤出産予定年月日				
①記号	②番号	(フリガナ)	(名)	昭和	年	月	日	令和	年	月	日
		(氏)	(名)	平成							
⑥出産種別	⑦産前産後休業期間		⑧出産年月日								
単胎	令和 年 月 日 から		令和	年	月	日					
多胎	令和 年 月 日 まで										
確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。			備考 ※記入不要							
<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			保険料の免除期間は、産前産後休業開始日の月から終了日翌日の月の前月までとなります。 ※免除期間：令和 年 月 ～ 令和 年 月							

令和 年 月 日提出

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

受付日付印

ダイハツ系連合健康保険組合理事長

2022.10改定