健 康 保 険　産前産後休業等取得者申出書

記入例

保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号	被保険者の番号	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須)		生年月日	性別	資格取得年月日
※	(左詰め)	(氏)	(名)			
	1234	健保	花子	昭和 平成 令和 6年 3月 9日	男・女	昭和 平成 令和 0年 8月 4日 1

被保険者の住所	電話番号	勤務先名称
〒100－0000 東京都中央区〇〇1－1　△△マンション101	03－××××－××××	●●●●株式会社 (任意継続の方は記入不要)

【出産に関する事項】

出産予定年月日	出産種別	産前産後休業期間
令和 02年 07月 07日	単胎	令和 02年 05月 27日 から 令和 02年 09月 01日 まで

出生児の氏名		出産年月日	性別	※産前産後休業等開始年月日	※産前産後休業等終了予定年月日
(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (名)	令和 年 月 日		年 月 日	年 月 日

出産後の提出であれば、出生児の氏名 ・ 出産年月日 ・ 性別 を記入してください。
※出産前の届出の場合は記入不要です。

【重要】
必ず☑をお願いします。
押印に変わる重要事項となります。

備考	※作成原因

確認欄	
☑	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。※☑をお願いします。 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。

受付印

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例 ： ~~あいうえお~~ かきくけこ(健保太郎)

事業主証明欄	
事業所所在地	上記の通り、相違ないことを証明します。 (　〒　－　)　令和　年　月　日提出
事業所名称	※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。
事業主氏名	
電話番号	TEL　(　　)

社会保険労務士の提出代行者名