

正

健康保険 産前産後休業取得者申出書

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

受付月日

被保険者番号					
被保険者の氏名		生年月日			
(フリガナ) 氏 名		年	月	日	
		昭和	平成		
出生児の氏名		出産年月日		性別	出産種別
(フリガナ) 氏 名		年	月	日	
		令和			
				男・女	単胎 ・ 多胎
出産予定年月日			産前産後休業期間		
	年	月	日		
令和				令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
* 産前産後休業開始年月日			備 考		
	年	月	日		
令和					
* 産前産後休業終了予定年月日					
	年	月	日		
令和					

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

保険料を徴収しない期間は、産前産後休業等開始(申出)年月日の属する月から産前産後休業等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。
* 印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日提出

令和3年5月更新

副

健康保険産前産後休業取得者確認通知書

被保険者番号						
被保険者の氏名		生年月日				
(フリガナ) 氏	名	年	月	日		
		昭和				
		平成				
出生児の氏名		出産年月日			性別	出産種別
(フリガナ) 氏	名	年	月	日		
		令和			男・女	単胎 ・ 多胎
出産予定年月日				産前産後休業期間		
令和	年	月	日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
*産前産後休業開始年月日				備 考		
令和	年	月	日			
*産前産後休業終了予定年月日						
令和	年	月	日			
事業所所在地				上記のとおり産前産後休業取得者を確認したので通知します。 年 月 日 関西電力健康保険組合 令和3年5月更新		
事業所名称						
事業主氏名						
電話番号						