

正

健康保険 産前産後休業取得者申出書

常務理事	事務長	担当者

◎記入の方法は裏面に書いて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。

記号		番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日						
				(フリガナ) (氏)		(名)		昭 5 平 7	年	月	日	
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	
年 月 日			単 胎 0 多 胎 1		年 月 日 から 年 月 日 まで			※ 年 月 日			※ 年 月 日	
出生児の氏名(*1)					出産年月日			備 考				
(フリガナ)					年 月 日							
(氏)					(名)							

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	()	—

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

受付日付印

- ◎ 産前産後休業の開始年月日および終了年月日を記入して下さい。
なお、出産後に提出する場合であって、出産予定年月日より前に出産したときは、出産年月日以前42日（多胎妊娠の場合は98日）の範囲内で妊娠または出産に関する事由で労務に服していなかった期間が産前休業となりますので、開始年月日に注意してください。（出産予定年月日を基準とした開始年月日より早まる場合があります。）
- ◎ (*1)は、出産後に提出する場合に記入してください。（※産前休業期間中の提出の場合は記入不要です。）
なお、多胎児を出産した場合は、出生児の氏名を列記してください。
- ◎ 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。

副

健康保険 産前産後休業取得者確認通知書

記号		番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日														
				(フリガナ)		昭 5 平 7	年	月	日											
				(氏)			(名)													
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						
		年	月	日	単 胎 0 多 胎 1		年 月 日 から 年 月 日 まで					※	年	月	日		※	年	月	日
出生児の氏名						出産年月日				備 考										
(フリガナ)																				
(氏)																				

事業所所在地	〒	—	
事業所名称			
事業主氏名	Ⓜ		
電話番号	(	)	—

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
日鉄物産健康保険組合理事長