

所 属 ・ 支 社 名

常務理事	事務長	担当者

健 康 保 険 産 前 産 後 休 業 取 得 者 申 出 書

被保険者証の		被 保 険 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日						
記号	番号	(フリガナ)			年	月	日				
		(氏)	(名)	男 1	昭 5						
				女 2	平 7						
出産予定年月日		出産種別*いずれかに○		産前産後休業期間				産前休業開始年月日		産後休業終了日	
年	月	日	単胎	多胎	平成	年	月	日から	年	月	日
平 7					平成	年	月	日まで	平 7		
* 出産後提出時の場合に記入					備 考						
出生児の氏名			出産年月日								
(フリガナ)			年								
(氏)			(名)								
			平 7			※健保記入欄		健康保険料免除期間: 年 月～ 年 月分まで			

事業所所在地 〒	
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	

平成 年 月 日提出

- ・平成26年度からの制度です。
- ・平成26年4月30日以降に産前産後休業が終了した方が対象となります。
- ・出生児の氏名欄は多胎の場合は列記してください
- ・保険料を徴収しない期間は、産前休業開始年月日の属する月から産後休業終了日の翌日の属する月の前月までとなります。

受付日付印

太陽生命健康保険組合