

|       |      |    |
|-------|------|----|
| 届書コード | 処理区分 | 届書 |
| 2 7 3 |      |    |

健康保険  
厚生年金保険  
産前産後休業取得者申出書

二重線を引く

記入

記入不要

該当を囲む

記入

記入

記入

◎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。

|            |  |                      |              |  |  |            |              |        |                |                                 |  |
|------------|--|----------------------|--------------|--|--|------------|--------------|--------|----------------|---------------------------------|--|
| ①事業所整理記号   |  | ②被保険者整理番号            |              | ⑦年金手帳の基礎年金番号                           |  |            | ④被保険者の氏名     |        | ③被保険者の生年月日     |                                 |  |
|            |  |                      |              |  |  |            | (フリガナ) ケンボ   | ハナコ    |                | 昭 5 年 月 日<br>平 7 月 日<br>令 9 月 日 |  |
|            |  |                      |              |  |  |            | (氏) 健保       | (名) 花子 |                | ○ ○ ○ ○ ○ ○                     |  |
| ④出産予定年月日   |  |                      | ⑤出産種別        | ⑦産前産後休業期間                              |  |            | ⑥産前産後休業開始年月日 |        | ⑧産前産後休業終了予定年月日 |                                 |  |
| 令和 9 年 月 日 |  |                      | 単胎 0<br>多胎 1 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から<br>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで |  |            | ※ 令和 9 年 月 日 |        | ※ 令和 9 年 月 日   |                                 |  |
| ⑧作成原因      |  | ⑨出生児の氏名              |              | ⑩出産年月日                                 |  |            | 備 考          |        |                |                                 |  |
| ※          |  | (フリガナ) ケンボ<br>(氏) 健保 |              | ジロウ<br>(名) 二郎                          |  | 令和 9 年 月 日 |              |        | 送信             |                                 |  |

出産後に提出する場合も記入

出産後に提出する場合に記入  
産前休業期間中に提出する  
場合は不要

出産後に提出する  
場合に記入

令和 年 月 日 提出

記入

受付日付印

|        |  |
|--------|--|
| 事業所所在地 | 〒 164 - 0001                           |
| 事業所名称  | 東京都中野区中野4-10-5<br>株式会社 <b>会社が証明する欄</b> |
| 事業主氏名  | 代表取締役社長 健保 一郎 ㊞                        |
| 電話番号   | ( ○ ○ ) ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○              |

|                |   |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | ㊞ |
|----------------|---|