

健康保険 産前産後休業保険料免除申請書

事務長	課長	課長補佐	係

被 保 険 者	記号	番号	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	標準報酬額	健保受付日付印
	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日	年齢 歳	
	被保険者勤務地					
出産予定日		出産種別	産前産後休業開始年月日	産前産後休業終了予定年月日	保険料免除期間	
令和 年 月 日		単胎 多胎	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 から 令和 年 月 まで	
※出産日以降に提出の場合は出生児に関する事項も記入してください						
出生児の名前			性別	続柄	出産年月日	
フリガナ (氏)		(名)	男 女		令和 年 月 日	
事業主の証明	上記の通り届出があり、調査のうえ承認したことを証明する。 令和 年 月 日		事業所の名称・所在地 事業主の氏名			

- ◆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翌日の属する月の前月までとなります。
- ◆産前期間の勤務状況が分かる資料(勤務表等)を添付してください。(産後1回で提出の場合に限る。産前に提出の場合は変更・終了届に添付すること)