

西日本新聞社健康保険組合

産前産後休業取得者申出書

理 事 長	常務理事	事 務 長	担 当 者

◎
※
印欄は記入しないでください。

記号・番号		事業所名称		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		
.				(フリガナ)		昭 5 平 7 令 9	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	
令 和 9	年 月 日	単 胎	令和 年 月 日から		令 和 9	※ 年 月 日	令 和 9	※ 年 月 日
	多 胎	令和 年 月 日まで						
出産年月日		出生児の氏名			備 考			
令 和 9	年 月 日	(フリガナ)						
		(氏)	(名)					

受付日付印

令和 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	()	—