

# 産前産後休業保険料免除申出書

常務理事	事務長	担当

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証	記号 番号	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日								
	事 業 所 名	事 業 所 在 地												
	出 産 予 定 日	令和	年	月	日	出 産 の 種 別	単胎・多胎							
	産 前 産 後 休 業 期 間	令和						年	月	日から	令和	年	月	日まで
	出産後の申出の場合に記入ください													
事 業 主 の 記 入 す る 欄	出 生 児 の 氏 名					出 生 児 の 生 年 月 日	令和	年	月	日				
	<p>上記のとおり保険料免除の申出をいたします。</p> <p>令和</p> <p>年</p> <p>月</p> <p>日</p> <p>古河健康保険組合理事長 殿</p> <p>名称</p> <p>事業主</p> <p>氏名</p> <p>Ⓜ</p>													
健 保 組 合 記 入 欄	産前産後休業（免除）開始年月日	令和	年	月	日	産前産後休業（免除）終了予定年月日	令和	年	月	日				
	備 考													

(添付書類) 母子健康手帳など、出産予定日の分かる書類の写しを添付してください。