

産前産後休業取得申請書

被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	道 薬 - -		
組 合 員 氏 名			
生 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成		
個 人 番 号 (マイナンバー)			
出 産 年 月 日 (流産及び死産の属する日)	令 和 年 月 日		
産 前 休 業 開 始 日	令 和 年 月 日		
産 後 休 業 終 了 日	令 和 年 月 日		
出 産 種 別	単 胎 多 胎		
新 生 児 氏 名 (流産・死産の場合記入不要)			
上記のとおり申請します。 令 和 年 月 日 事業所所在地 または組合員住所(個人加入の場合) _____ 事業所名称 _____ 事業主氏名 または組合員氏名(個人加入の場合) _____ 北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 殿			

※本申請に必要なもの 1. 母子手帳の子の保護者の氏名・出生届出済証明が記載されたページの写し(流産及び死産の場合は医師の診断書等)

該当月数分の保険料を還付いたします。保険料の還付は保険料引落口座へ振り込むこととします。

【組合記入欄】

対 象 期 間	年 月 ~ 年 月
還 付 額	円 × ヶ月 =
還 付 年 月 日	令 和 年 月 日

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者