

# 雇用保険被保険者育児休業給付申請届

事務局記載欄

No.

提出年月日 令和 年 月 日

診療所名	住所	連絡先	会員名
	〒 -	電話 - -	印
		FAX - -	

ふりがな 従業員氏名	出産日 出産予定日	住所			
	令和 年 月 日	〒 -			
	令和 年 月 日				
賃金締日	日	賃金支払日	日	一週間の所定労働時間 (時給制従業員の場合)	時間
産前休業開始日	年 月 日	復帰日	年 月 日	日予定	

◎提出書類について (コピーをご用意ください)

- ・タイムカード・・・**育児休業開始日以前の15カ月**
- ・母子手帳・・・**出生年月日記載欄及び、子の保護者欄写し(市区町村長の押印のあるページ)**
- ・ご本人名義の普通預金口座通帳・・・**カタカナ氏名、支店名、口座番号記載のあるページ**

※事務局記載欄	育児休業開始日	年 月 日	申請手続き日	年 月 日
---------	---------	-------	--------	-------