

# 健康保険育児休業取得者終了届

正

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険被保険者証の記号・番号		被保険者名				生年月日				性別			
記号	番号	(フリガナ)	クミアイ	ヨシコ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女				
××	××××	組合	良子	×		×	×	×					
養育する子の氏名		養育する子の氏名		養育する子の生年月日			養育する子の区分						
(フリガナ)	クミアイ	ケンタロウ	(フリガナ)	令和	年	月	日	<input checked="" type="checkbox"/> 実子 <input type="checkbox"/> その他					
組合	健太郎			×	×	×	×						
育児休業期間が終了した日				※育児休業開始(申出)年月日			※育児休業終了年月日						
令和	××	年	××	月	××	日	令和		年		月		日
※保険料免除期間				備考									
令和		年		月	～	令和		年		月	分		

「※」は記入しないでください

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	-
事業所名称	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">                     事業主印                 </div>	
事業主氏名		
電話	( )	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--