

様式34

事業主 経由  
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

健康保険  
介護保険  
育児休業等取得者終了届

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所属部課	職場電話	氏名(自署)	生年月日	
							昭和・平成 年 月 日	
	現住所 〒 -						Tel - -	
	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	育児休業等期間が終了した日		
フリガナ		平成・令和 年 月 日		実子・その他	令和 年 月 日			
事 業 主 証 明 欄	育児休業期間 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで							
	事業所所在地							
	事業所名称							
事業主(代理人)氏名								
電話番号			(担当者氏名				Tel )	
健 保 記 入 欄	育児休業等終了年月日						健保受付印	