

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 育児休業等取得者終了届
介護保険

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
							年 月 日
	現住所 〒 _____						
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 年 月 日	実子 ・ その他		平成 年 月 日		
事 業 主 証 明 欄	育児休業期間 平成 年 月 日 から 平成 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				☎ Tel _____)			
健 保 記 入 欄	育児休業等終了年月日					健 保 受 付 印	