

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
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇〇	〇〇〇〇	012- 123-1234	山川 花子	〇〇年〇〇月〇〇日
事 業 主 証 明 欄	現住所 〒 123 - 1234 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号室 Tel 012 - 123 - 1234						
	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 ヤマカワ イチロウ 山川 一郎	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		実子 ・ その他	平成 年 月 日		
健 保 記 入 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				☎	(担当者氏名	
電話番号					☎ Tel)	
育児休業等終了年月日					健保受付印		