

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	昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日
	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		
事 業 主 証 明 欄	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・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		実子・その他	令和 年 月 日	
健 保 記 入 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)
育児休業等終了年月日						健保受付印	