



常務理事	事務長	部長	課長	担当者

健康保険 育児休業等取得者終了届

◎「※」印欄は記入しないでください。

①被保険者証の記号		②被保険者証の番号		㊦ 被 保 険 者 の 氏 名			④性別		
				(フリガナ) (氏) (名)			男 1 女 2		
③被保険者の生年月日				㊦ 養 育 す る 子 の 氏 名			㊥養育する子の生年月日		㊧育児休業等期間が終了した日
昭 5 平 7				(フリガナ) (氏) (名)			平成		実 子 1 その他 2
※④育児休業等開始年月日				※⑤育児休業等終了年月日			備 考		
平成 7				平成 7					

平成 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地 〒	—
事業所名称	
事業主氏名	㊦
電話番号 ()	—

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊦