



|      |     |    |    |     |
|------|-----|----|----|-----|
| 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 |                   | ⑦被保険者の氏名     |   |             |   | ⑧性別 |           |       |                |  |   |   |   |
|              |   |           |                   | (フリガナ)       |   |             |   | 男 1 |           |       |                |  |   |   |   |
|              |   |           |                   | (氏)          |   | (名)         |   | 女 2 |           |       |                |  |   |   |   |
| ③被保険者の生年月日   |   |           | ⑨ 養 育 す る 子 の 氏 名 |              |   | ⑤養育する子の生年月日 |   |     | ⑩養育する子の区分 |       | ⑪育児休業等期間が終了した日 |  |   |   |   |
| 昭和<br>平成     | 年 | 月         | 日                 | (フリガナ)       |   | 平<br>令      | 年 | 月   | 日         | 実子 1  | 平成<br>令和       |  | 年 | 月 | 日 |
|              |   |           |                   | (氏)          |   | (名)         |   |     |           | 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<br>令和     | 年 | 月         | 日                 | 平成<br>令和     | 年 | 月           | 日 |     |           |       |                |  |   |   |   |

令和 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   | ( | ) |

|            |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
|            |