

健康保険 育児休業等取得者終了届

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

◎ 記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
◎ 「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名 <small>(押印不要。下記確認欄☑必須)</small>		生年月日	性別	資格取得年月日		
※	(左詰め)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の住所				電話番号		勤務先名称		
〒 -								

【養育に関する事項】	養育する子の氏名	養育する子の生年月日	性別	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)	(フリガナ)			年 月 日
	(氏)	(名)	令和	男・女	令和
	※育児休業等開始年月日	※作成原因	※育児休業等終了予定年月日	備 考	
	令和		令和		

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業主証明欄	上記の通り、相違ないことを証明します。 (〒 -) 令和 年 月 日提出
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号 TEL	()

受付印

社会保険労務士の提出代行者名