

# 健康保険 育児休業等取得者終了届

## 記入例

被保険者証に枝番(2ケタ)の記載がある方は、枝番(2ケタ)まで記入して下さい。

◎記入の方法は記入例がありませんのでご覧ください。  
◎「※」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	生年月日	性別	資格取得年月日
※	(左詰め) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	(氏) 健保 (名) 花子	昭和 平成 令和 6 3 0 9 0 8	男 女	昭和 平成 令和 0 8 0 4 0 1
被保険者の住所			電話番号		勤務先名称
〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101			03-xxxx-xxxx		●●●●株式会社 (任意継続の方は記入不要)

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) ケンポ (氏) 健保	(フリガナ) ジロウ (名) 次郎	令和 0 1 0 8 1 5	男 女	令和 0 2 0 3 3 1
養育する子の区分		備考		
実子				

※育児休業等取得者	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**

この届出書の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。

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	事業所所在地	上記の通り、相違ないことを証明します。 ( 干 ) 令和 年 月 日提出
事業所名称	※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。	
事業主氏名		
電話番号	TEL ( )	

**【訂正方法】**

●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。

受付印