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。

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

養育する子の氏名 (フリガナ) (氏)	養育する子の生年月日 令和	性別 男・女	養育する子の区分 実子・その他	育児休業等期間が終了した日 令和
	年 月 日			年 月 日
※育児休業等開始年月日 令和 年 月 日		※作成原因	備考	
令和 年 月 日			令和 年 月 日	

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。
☐	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。 (〒 -) 令和 年 月 日提出
	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