健 康 保 険　　育児休業等取得者終了届

記入例

保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、
「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

◎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	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須)		生年月日	性別	資格取得年月日
※	(左詰め) 1234 5678 9 0 0	(氏) 健保	(名) 花子	昭和 平成 令和 6年 3月 9日 8	男・女	昭和 平成 令和 0年 8月 4日 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－××××－××××	●●●●株式会社 (任意継続の方は記入不要)

【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
(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ (氏) 健保	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ジロウ (名) 次郎	令和 0年 1月 0日 8 1 5	男・女	実子・その他	令和 0年 2月 0日 3 3 1

※育児	※作成原因	※育児休業等終了予定年月日	備考
令和		令和 年 月 日	

【重要】
必ず☑をお願いします。
押印に変わる重要事項
となります。

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。

受付印

【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。
例 ： ~~あいうえお~~ かきくけこ(健保太郎)

社会保険労務士の提出代行者名