

保 健 委 員 等 の 検 印

常 務 理 事	事 務 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 記 号		② 被 保 険 者 証 番 号		㊦ 年 金 手 帳 の 基 礎 年 金 番 号		① 被 保 険 者 の 氏 名		㊧ 性 別	
						(フリガナ)		男 1 女 2	
※						(氏)	(名)		
③ 被 保 険 者 の 生 年 月 日			㊥ 養 育 す る 子 の 氏 名			④ 養 育 する子の生年月日		⑤ 養 育 す る 子 の 区 分	㊨ 育 児 休 業 等 期 間 が 終 了 し た 日
昭和 平成	年	月	日	(フリガナ)			年	月	日
				(氏)	(名)	令和			
※④ 育 児 休 業 等 開 始 年 月 日			※⑤ 作 成 原 因		送 信	※⑥ 育 児 休 業 等 終 了 年 月 日		送 信	備 考
年	月	日				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	
	(局) 番