

届書コード	処理区分

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

被保険者の記号	番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日			性別				
		(フリガナ) (氏) (名)	昭 平 令	年	月	日	男 1 女 2			
養育する子の氏名		養育する子の生年月日		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) (氏) (名)		令 和	年	月	日	実子 1 その他 2	令 和	年	月	日
育児休業等開始年月日			育児休業等終了予定年月日			備 考				
令 和	年	月	日	令 和	年	月	日			

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	() -

令和 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印