

届書コード			処理区分		
2	6	4			

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

①保険証記号	②保険証番号	③被保険者の氏名	④被保険者の生年月日	⑤性別	
		(フリガナ) (氏) (名)	昭 平 令 年 月 日	男 1 女 2	
⑥養育する子の氏名		⑦養育する子の生年月日		⑧養育する子の区分	⑨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	
⑩育児休業等開始年月日		⑪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