

常務理事	事務長	係員	所属事務所 担当者印

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

事業所の記号	被保険者証の番号	生年月日					
※		明1 大3 昭5 平7	年	月	日		
被保険者の氏名		性別	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	
(フリガナ)		男1 ・ 女2	(フリガナ)		平成 7	年 月 日	実子 1 ・ その他 2
(氏)			(氏)				
育児休業期間が終了した日			※育児休業開始(申出)年月日		※作成要因	※育児休業終了年月日	
平成 年 月 日			年 月 日			年 月 日	
備 考							
事業所所在地 〒 -				平成 年 月 日 提出			
事業所名称				<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">受付日付印</div>			
事業主氏名				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">社会保険労務士の提出代行者印</div>			
電 話 (局) 番				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">印</div>			