

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険 育児休業等取得者終了届

◎記入の方法は裏面に書いて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。

①被保険者証の記号		②被保険者証の番号		③被保険者の氏名				④性別					
				(フリガナ) (氏) (名)				男 1 女 2					
⑤被保険者の生年月日			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		
昭 5	年	月	日	(フリガナ) (氏) (名)	平成	年	月	日	実子 1 その他 2	平成	年	月	日
※⑩育児休業等開始年月日			※⑪作成原因		※⑫育児休業等終了年月日		備 考						
年	月	日			年	月	日						

平成 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	印	
電 話	(局)	番

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

平成25年4月