

健康保険 育児休業等取得者終了届

常務理事	事務長	係

記 号	番 号	被保険者の氏名		性別
		(フリガナ)		男 1
		(氏)	(名)	女 2

被保険者の生年月日			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
昭 5 平 7	年 月 日		(フリガナ)		令和 年 月 日		実 子 1 その他 2	令和 年 月 日	
			(氏)	(名)					

育児休業等開始年月日		育児休業等終了年月日		備 考	
年 月 日		年 月 日			

事業所所在地		令和 年 月 日提出	
事業所名称		社会保険労務士の提出代行印	
事業主氏名		<div>受付日付印</div>	
電 話			
(印)		(印)	