

## 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 女 2				
				(氏)	(名)							
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) (氏)				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			育児休業等終了年月日			備 考						
年	月	日	年	月	日							

事 業 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

受付日付印

事 業 主 氏 名

印

電 話

印