

理事長	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事業所記号	②被保険者番号	②被保険者の氏名		③性別	④被保険者の生年月日			
.....	(フリガナ)		男 1 女 2	昭 5 平 7 令 9	年	月	日
		(氏)	(名)					
⑤養育する子の氏名		⑥養育する子の生年月日		⑦養育する子の区分	⑧育児休業等期間が終了した日			
(フリガナ)		年 月 日		実子 1 その他 2	令和	年	月	日
(氏)		令和						
備 考								

令和 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	㊟
電 話	(局) 番