

正

副

常務理事	事務長	課長	担当

### 健康保険 育児休業等取得者終了届

(本書には副として必ずコピーを添付してください)

◎当該届に関する確認通知書は副をもってかえさせていただきます。  
※印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名		被保険者の性別	被保険者の生年月日			
.....	.....	(氏)	(名)	1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平	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			
(氏).....(名).....		平成.....年.....月.....日		1. 実子 2. その他	平成.....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				
平成	※.....年.....月.....日	平成	※.....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	
電話番号	(	) —