

年	月	日
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

◎「※」印欄は記入しないでください。	① 被保険者証記号	② 被保険者証番号	⑦年金手帳の基礎年金番号		⑧被保険者の氏名			⑨性別							
					(フリガナ) 	(氏)	(名)	男 1 女 2							
③被保険者の生年月日		⑤養育する子の氏名			④養育する子の生年月日		⑦ 養育する子の区分	⑥ 育児休業等期間が終了した日							
昭 5 平 7 令 9	年	月	日	(フリガナ) 	(氏)	(名)	令 和	年	月	日	実子 1 その他 2	令 和	年	月	日
④※育児休業等開始年月日		⑤※育児休業等終了年月日			備 考										
令 和	年	月	日	令 和	年	月	日								

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	⑧
電話番号	

----- 受付日付印 -----

社会保険労務士の提出代行者印
⑨