

処 理 伺		令和 年 月 日			
常務理事	事務局長	事務局 次長	課 長	課長補佐	担当者

健康保険 育児休業等取得者申出書 (新規・延長)

① 健康保険証の記号				② 健康保険証の番号		① 被保険者の氏名				②性別											
1	2	3	4	56		(フリガナ) ケンポ	ハナコ			男 1											
						(氏) 健保	(名) 花子			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				⑤ 養育する子の区分		⑥ 実子以外の子を養育し始めた日							
昭5		年	月	日	(フリガナ) ケンポ	ケンジ			平成		年	月	日	実子1	平成			年	月	日	
平7		0	0	0	(氏) 健保	(名) 健二			令和		0	0	0	その他2	令和						
⑦ 養育のため休業する期間								⑧ ※育児休業等開始年月日				⑨ ※育児休業等終了予定年月日				⑩ ※作成原因					
平・令 0 年 0 月 0 日から 平・令 0 年 0 月 0 日まで																					
⑪ 変更前の養育のため休業する期間								備 考													
平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで																					
事業所所在地 〒 170 - 0000						東京都豊島区〇〇2-3-4						令和 〇 年 〇 月 〇 日提出									
事業所名称						〇×歯科医院						〇〇〇〇									
事業主氏名						〇〇〇〇						〇3-〇〇〇〇-〇〇〇〇									
電 話												社会保険労務士記載欄									
												氏名等									

送信

受付日付印

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。
 ◎は養育する子に係る育児休業等の終了予定日を延長する場合に記入すること。

