

## 健康保険 育児休業等取得者終了届

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

◎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。

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	5 6		(フリガナ) ケンポ	ハナコ			男 1 女 2			
						(氏) 健保	(名) 花子						
③ 被保険者の生年月日				④ 養育する子の氏名				⑤ 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
昭 5	年	月	日	(フリガナ) ケンポ	ケンジ			平成	年	月	日	実子 1 その他 2	平 令 〇 年 〇 月 〇 日
平 7	〇	〇	〇	(氏) 健保	(名) 健二			令和	〇	〇	〇		
※④育児休業等開始年月日			※⑤作成原因		※⑥育児休業等終了年月日			備 考					
年	月	日	送信		年	月	日	送信					
事業所所在地 〒 170 - 0000 東京都豊島区〇〇2-3-4 事業所名称 ○×歯科医院 事業主氏名 ○ ○ ○ ○ 電 話 03-0000-0000						令和 〇 年 〇 月 〇 日提出 受付日付印							
氏名等						社会保険労務士記載欄							