

正

健康保険 育児休業等取得者終了届

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
※一印欄は記入しないでください。

①事業所整理記号			②健康保険被保険者証の番号			⑦年金手帳の基礎年金番号			①被保険者の氏名			⑧性別									
政管分 江東	A	B	C	11	2	1	1	6	7	6	5	4	3	2	(フリガナ) ケンボ	ハナコ	男 1				
建保分	9	0	0												0	(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			⑦養育する子の区分	⑧育児休業等期間が終了した日									
昭平令	⑤	7	9	年	月	日	(フリガナ) ケンボ	イチロウ	令和	0	1	0	7	0	1	年	月	日	実子 ①	その他 2	令和 2 年 10 月 31 日
※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									
令和	9	年	月	日					令和	9	年	月	日	11月1日より職場復帰							

令和 2 年 11 月 1 日提出

受付日付印

事業所所在地 〒 135-0000

事業所名称 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業主氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇 ④

電話番号 03-1234-5678

社会保険労務士の提出代行者印

④