

届書コード	処理区分
2 6 4	

課長	課長補佐	課員

### 健康保険 育児休業等取得者終了届

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。  
◎「印欄」は記入しないでください。  
◎この届出書に記入の個人情報健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務において利用し、第三者には提供いたしません。

①被保険者証の記号				②被保険者証の番号				⑦年金手帳の基礎年金番号				④被保険者の氏名				⑧性別	
1 2 3 4				2 2				/				(フリガナ) ○○○		○○○		男 1	
/				/				/				(氏) ○○		(名) ○○○○		女 2	
③被保険者の生年月日				⑤養育する子の氏名				⑥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 平 7 0 3 0 5 1 5				(フリガナ) ○○○				令和 年 月 日 0 2 0 5 1 2				実子 1		令和3年4月30日			
(氏) ○○				(名) ○○				/				その他 2					
※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								年 月 日									

令和 3年 5月 10日提出

受付日付印

事業所所在地	〒 111 - 1111
	東京都○○区○○町1-2-3
事業所名称	○○○○株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 ○○ ○○○
電話番号	03 (1234) 5678

社会保険労務士記載欄/氏名等