

# 健康保険育児休業等取得者終了届

		課長	係長	係員

◎「※」印欄は記入しなくてください。

①健康保険被保険者証の記号				②健康保険被保険者証の番号				被保険者の氏名				性別								
								(フリガナ)				男 1 女 2								
								(氏)												
③被保険者の生年月日				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		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)					令和	9	年	月	日	実子 1 その他 2	令和	9	年	月	日
※⑥育児休業等開始年月日				※⑦育児休業等終了年月日				※ 保険料免除期間				備 考								
		年	月	日						令和		年	月	日	令和					
										年	月分	～	年	月分						

令和 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		印
電話番号	( )	—

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日 改)