

常務理事	事務局長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係

## 健康保険 育児休業取得者終了(変更)届

正

社保委員  
等の検印

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

① 健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)		② 健康保険被保険者証の番号(年金整理番号)		③ 被保険者の生年月日			⑦ 年金手帳の基礎年金番号										
2099		33		明1 大3 昭5 平7	年	月	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
① 被保険者の氏名				② 性別	③ 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					
(フリガナ) ケンポ		ハナコ		男 1	(フリガナ) ケンポ		ダイスケ		平成	年	月	日	実子 ①				
(氏) 健保		(名) 花子		女 ②	(氏) 健保		大輔		7	30	04	23	その他 2				
⑥ 育児休業期間が終了した日									④* 育児休業開始(申出)年月日			⑤* 作成原因		⑥* 育児休業終了年月日			
平成 30年 11月 20日									年 月 日			送 信		送 信			
備									考								
事業所所在地		〒 OXΔ-XXXX															
事業所名称		杉並区下井草 X-X-X															
事業主氏名		株式会社 OX出版															
電 話		代表取締役 千代田 太郎															
		03 (2585 局) XXXX 番															
平成30年11月26日提出																	
受 付 日 付 印																	
月分保険料(月告知書発送)で計算します。																	
社会保険労務士の提出代行者印																	
Ⓜ																	

