

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											
				明大昭平													
2099		33		6/1/15		1234567890											
① 被保険者の氏名				⑦ 性別		⑤ 養育する子の氏名				④ 養育する子の生年月日				⑧ 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				令和9				実子①			
(氏) 健保 花子				女②		(氏) 健保 大輔				030423				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			
令和3年11月20日																	
備考																	
事業所所在地		〒〇X△-XXXX															
事業所名称		杉並区下井草X-X-X															
事業主氏名		株式会社〇X出版															
電話		代表取締役 千代田 太郎															
		03 (2585 局) XXXX 番															
令和3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。																	
社会保険労務士記載欄																	