

|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

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。

|              |   |         |           |              |   |             |    |           |                |   |   |
|--------------|---|---------|-----------|--------------|---|-------------|----|-----------|----------------|---|---|
| ①事業所記号       |   | ②被保険者番号 |           | ⑦年金手帳の基礎年金番号 |   | ①被保険者の氏名    |    |           | ⑧性別            |   |   |
|              |   |         |           |              |   | (フリガナ)<br>  |    |           |                |   |   |
|              |   |         |           |              |   | (氏)   (名)   |    |           |                |   |   |
| ③被保険者の生年月日   |   |         | ④養育する子の氏名 |              |   | ⑤養育する子の生年月日 |    | ⑥養育する子の区分 | ⑦育児休業等期間が終了した日 |   |   |
|              | 年 | 月       | 日         | (フリガナ)<br>   |   | 令和          |    | 年         | 月              | 日 |   |
|              | 年 | 月       | 日         | (氏)   (名)    |   |             | 実子 | 令和        | 年              | 月 | 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          |    |           |                |   |   |
|              | 年 | 月       | 日         |              | 年 | 月           | 日  |           | 年              | 月 | 日 |

送信

送信

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  | ◎     |   |
| 電話     | ( 局 ) | 番 |

|                |   |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |   |
|                | ◎ |

【記入の方法】

1. ③の年号は、該当する数字を○印で囲んでください。  
生年月日は、たとえば平成10年11月7日の場合は、

|             |        |   |   |   |   |   |
|-------------|--------|---|---|---|---|---|
| 昭<br>平<br>令 | 5      | 年 | 月 | 日 |   |   |
|             | ⑦<br>9 |   |   |   |   |   |
|             | 1      | 0 | 1 | 1 | 0 | 7 |

のように記入してください。

2. ㉞は、該当する数字を○印で囲んでください。

3. ㉟は、養育する子の生年月日を記入してください。  
たとえば平成17年1月1日生まれの場合は、

|                  |        |   |   |   |   |
|------------------|--------|---|---|---|---|
| 平<br>成<br>令<br>和 | ⑦<br>9 | 年 | 月 | 日 |   |
|                  |        |   |   |   | 1 |

のように記入してください。

4. ㊱は

5. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

(参考)

保険料を徴収しない期間は、④育児休業等開始年月日の属する月から⑥育児休業等終了年月日の翌日の属する月の前月までとなります。  
育児休業等とは、育児休業又は育児休業の制度に準ずる措置による休業を指します。