

常務理事	事務長	担当者

健康保険 育児休業取得者終了届

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	(記号) (番号) 00 0000	被保険者の氏名と印	健保 花子		
	被保険者の現住所	〒0000-0000 県 市 町 00-00-00				
	被保険者の勤務事業所名	(会社名)				
	養育する子の氏名	健保 愛子	養育する子の生年月日	年 月 日	養育する子の区分	イ. 実子 ロ. その他
	育児休業期間が終了した日	年 月 日				
事業主が証明する欄	<p>育児休業期間が終了したことを証明します。</p> <p>育児休業期間</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 から 年 月 日 まで</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>事業主 氏名</p>					

年 月 日提出

受付日付印