

正

常務理事		課長	課長補佐	係長	担当者

健康保険 育児休業等取得者終了届

◎「※」の欄は記入しないでください。

健康保険被保険者証				被保険者の氏名				性別								
記号		番号														
				(フリガナ) (氏) (名)				男・女								
被保険者の生年月日				養育する子の氏名				養育する子の生年月日		養育する子の区分	育児休業等期間が終了した日					
昭和 平成	年	月	日	(フリガナ) (氏)	(名)			平成	年	月	日	実子 1 その他 2	平成	年	月	日
※育児休業等開始年月日			※育児休業等終了年月日			備考										
年	月	日	年	月	日											

平成 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	- -

社会保険労務士の提出代行者印
Ⓜ

副

健康保険 育児休業等取得者終了確認通知書

健康保険被保険者証		被保険者の氏名		性別			
記号	番号			男・女			
		(フリガナ) (氏)	(名)				
被保険者の生年月日		養育する子の氏名		養育する子の生年月日		養育する子の区分	育児休業等期間が終了した日
昭和 平成	年 月 日	(フリガナ) (氏)	(名)	平成	年 月 日	実子 1 その他 2	平成 年 月 日
育児休業等開始年月日		育児休業等終了年月日		備考			
年 月 日	年 月 日						

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	様
電話	- -

上記のとおり育児休業等取得者終了を確認したので通知します。

平成 年 月 日

旅行業健康保険組合理事長

この通知を受け取ったら、すみやかに確認された事項を被保険者に通知してください。