

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

健康保険 育児休業等取得者終了届

◎記入の方法は裏面をご覧ください。
◎太枠部分を記入し、提出してください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

記号	番号	※年金手帳の基礎年金番号		被保険者の氏名		性別
20	213			(フリガナ) コウベ (氏) 神戸	ハナコ (名) 花子	男 1 女 2
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 5 平 7	年 6 月 1 日 04 21	(フリガナ) コウベ (氏) 神戸	サブロウ (名) 三郎	令和 9 年 01 月 05 日 01	実子 1 その他 2	令和 2 年 4 月 16 日
※育児休業等開始年月日		※育児休業等終了年月日		備 考		
令和 9	年 月 日	令和 9	年 月 日			

令和 2 年 4 月 18 日提出

受付日付印

◆保険料を徴収しない期間は、育児休業等開始年月日の属する月から
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。

事業所所在地	〒 650 - ××××
事業所名称	神戸市中央区○○○・・・
事業主氏名	△△株式会社 代表取締役社長 東京 一郎 印
電 話	(078) ○○○ - ××××

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	印