

伺年月日

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	係

正

健康保険 育児休業取得者終了届 厚生年金保険

※「※」印欄は記入しないでください。
 健康保険組合に届出する場合は、「の」欄に記入する必要はありません。
 正・副二通ご提出ください。
 育児休業（一歳から一歳六ヶ月）期間についての保険料免除の終了予定日の変更は一回限り
 となります。ただし、育児休業に準ずる休業（一歳六ヶ月から三歳）については、終了予定
 日の変更回数に制限はありません。

①事業所の記号	②被保険者の番号	⑦年金手帳の基礎年金番号	③生年月日				
			明1 大3 昭5 平7	年	月	日	
※							
④被保険者の氏名		②性別	⑤養育する子の氏名		④養育する子の生年月日		⑦養育する子の区分
(フリガナ)		男1 女2	(フリガナ)		平成 7		実子 1 その他 2
(氏)			(氏)		年 月 日		
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	
平成 年 月 日			年 月 日			年 月 日	
備			考				
事業所所在地 〒 -			平成 年 月 日提出				
事業所名称			【受付日付印】				
事業主氏名			社会保険労務士の提出代行者印				
電話番号 ()			⑧				

副

健康保険 育児休業取得者終了確認通知書 厚生年金保険

※ この通知書を受取ったら、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。

①事業所の記号		②被保険者の番号		⑦年金手帳の基礎年金番号				③生年月日			
								明1	年	月	日
								大3			
								昭5			
								平7			
④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)			男1 女2	(フリガナ)			平成 7	年	月	日	実子 1 その他 2
(氏)				(氏)							
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		
平成 年 月 日				年 月 日					年 月 日		
備						考					
事業所所在地 〒 -						平成 年 月 日					
事業所名称						上記のとおり育児休業取得者終了を確認したので通知します。					
事業主氏名											
電話番号 ()											

伊藤忠連合健康保険組合理事長