

副

健康保険 育児休業取得者確認通知書

この通知書を受け取ったならば、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。

事業所の記号		被保険者の番号			生年月日							
					大3 昭5 平7	年	月	日				
(イ) 被保険者の氏名				(ウ) 性別	(エ) 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		
(フリガナ)				男 1	(フリガナ)			平成	年	月	日	実子 1 ・ その他 2
(氏)				女 2	(氏)							
(オ) 実子以外の子を養育し始めた日				(カ) 養育のため休業する期間								
平成	年	月	日	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
育児休業開始(申出)年月日			育児休業終了予定年月日			作成原因		備考				
年	月	日	年	月	日							
事業所所在地 〒 -						上記のとおり、育児休業取得者を確認しましたので通知します。						
事業所名称						平成 年 月 日						
事業主氏名						印						
電 話 (局)						番						

旭化成健康保険組合理事長