

旭化成健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	担当	

正

健康保険 育児休業取得者終了届

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。
正・副二通を提出してください。
「」印欄は記入しないでください。

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			(オ) 養育する子の生年月日			(カ) 養育する子の区分		
(フリガナ)		男 1 ・ 女 2	(フリガナ)			平成	年	月	日	実子 1 ・ その他 2	
(氏)			(氏)								(名)
(キ) 育児休業期間が終了した日							育児休業開始（申出）年月日		作成原因	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 印											
電話 (局) 番							社会保険労務士の提出代行者印				
							印				