

副

## 健康保険 育児休業取得者終了確認通知書

この通知書を受け取つたら、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。

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	(フリガナ)		平成	年	月	日	実子 1
(氏)	(名)	女 2	(氏)	(名)					その他 2
(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 〒				上記のとおり、育児休業取得者終了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				旭化成健康保険組合理事長					
電話 (局) 番									