

被保険者整理番号を
ご記入ください。

事業所番号を
ご記入ください。

加入員番号を
ご記入ください。

ご注意
用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれない
ようにご記入ください。

正

健康保険育児休業取得者終了届

常務理事	部長	課長	係員

◎記入方法は裏面に書いてありますからよく読んで下さい。
◎「※」印欄は記入しないでください。

厚生年金基金番号	事業所番号	加入員番号
阪基0238	101184	6666666666
①事業所の記号	②被保険者の番号	③生年月日
東健180	WPX35	明大3年5月9日 昭5平7
④被保険者の氏名	⑤性別	⑥養育する子の氏名
(フリガナ) キキン ハナコ (氏) 基金 花子	男1 女2	(フリガナ) キキン タロウ (氏) 基金 太郎
⑦養育する子の生年月日	⑧養育する子の区分	
平成7年2月4日	実子1 その他2	
⑨育児休業期間が終了した日	⑩育児休業開始(申出)年月日	⑪育児休業終了年月日
平成24年5月3日	平成	平成

「育児休業等取得者申出書」の終了予定年月日より早く終了した場合には次の年月日をご記入ください。

- ・就労を開始した場合
就労開始日の前日
- ・子が死亡等により養育しなくなった場合
死亡した日(養育しなくなった日)
- ・次の子の産前休業を請求して産前産後休業に入った場合
次の子の産前休業開始日の前日
- ・次の子の産前休業を請求せず産後休業に入った場合
次の子の誕生日

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。

事業主印