

所属・支社名

常務理事	事務長	担当者

新規

健康保険 育児休業取得者 申出書

被保険者証の		生年月日			
記号	番号	昭 5	年	月	日
.....	平 7
被 保 険 者 の 氏 名		性別	養 育 す る 子 の 氏 名		養育する子の生年月日
(フリガナ)		男 1 女 2	(フリガナ)		平成 年 月 日
(氏) (名)			(氏) (名)		7
実子以外の子を養育し始めた日		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	備 考			
平成 年 月 日	平成 年 月 日				
※健保記入欄		健康保険料免除期間: 年 月～ 年 月分まで			

事業所所在地 〒	印
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

保険料を徴収しない期間は、育児休業開始(申出)年月日の属する月から育児休業終了予定日の翌日の属する月の前月までとなります。

平成 年 月 日提出

受付日付印