

健 保 捺 印 欄			
常務理事	事務長	室 長	担当者

健康保険 育児休業等保険料免除終了届

記 号	番 号	※	被保険者 氏 名	フリガナ 氏 名 _____	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性 別	男・女
			養育する 子の氏名	フリガナ 氏 名 _____	養育する子 の生年月日	平成 令和	年 月 日	養育 する子 の区分	実 子 その他
育児休業等期間 が終了した日		令和 年 月 日							
令和 年 月 日提出 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名									
健 保 記 入 欄	免 除 開 始	年 月 日	免 除 終 了	年 月 日	備 考	年 月 ~ 年 月 免除			
	年 月 日		年 月 日						

※個人番号の記載可

注) 予定どおり終了した場合や資格喪失による終了の場合は、この届の提出は不要です。

受付日付印

(参考)

保険料免除期間は、育児休業開始年月日の属する月から育児休業等終了予定年月日の翌日の属する月の前月までとなります。
 育児休業等とは、育児休業又は育児休業の制度に準ずる措置による休業を指します。