

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	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 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	平成 年 月 日									
<p>平成 年 月 日提出</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p style="text-align: center; color: red;">印</p>										
健 保 記 入 欄	免除開始 年 月 日	年 月 日	免除終了 年 月 日	年 月 日	備考	平成 年 月 ~ 平成 年 月 免除				

※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。