|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |  |
|  |
|  | |  |

**健康保険　育児休業取得者申出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①事業所の記号  ②被保険者の番号 | | | | | | ②被保険者の番号 | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　の　氏　名 | | | | | | | | | | | | 性別 | | 養 育 す る 子 の 氏 名 | | | | | | | ④ 養育する子の生年月日 | | | | | | | | | ⑤養育する子の区分 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | |  | | | | 男 1  ・  女 2 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | |  | | 令和9 | 年 | | | 月 | | | 日 | | 実　子 　1  ・  その他　 2 |
|  |  | |  |  | |  |  |
| (氏) | | | | | | | | (名) | | | | (氏) | | | | | (名) | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | | | 月 | | | 日 | | | 令和　　 年 　　　月 　　　日　から　　　令和 　　　年 　　　月 　　　日　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | |  |
| 保険料を徴収しない期間は、⑥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年月日の翌日の属する月の前月までとなります。 | | | | | | | | | | | | | | | 備　　　　　　　　　　　　　　　　 考 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電話 | | | 〒　　　－  ㊞    （　　　　　局）　　　　　　　　番 | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日提出 | | | |
|  | 社会保険労務士の提出代行者印 | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | ㊞ | | |  | | | |