

健康保険育児休業保険料免除 延長・終了 届

事務長	課 長	係長・主任	係

被 保 険 者	記 号		番 号		資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	性 別	男・女	健保受付日付印
	氏 名	フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢	歳	
							標準 報酬 月額		
	被保険者 勤務地								
養育 する 子	性別	生 年 月 日		続柄	フリガナ			養子の子は 養育し始めた日	
	男・女	令和 年 月 日			氏 名			令和 年 月 日	
養育のため休業する期間 (開始年月日～終了予定年月日)			変更前の養育のため休業する期間		被保険者 健康保険 料 免 除 申 請	免除開始年月日		承認免除期間	
						令和 年 月 日		令和 年 月から	
令和 年 月 日から			令和 年 月 日から			免除終了年月日		令和 年 月まで	
令和 年 月 日まで			令和 年 月 日まで			令和 年 月 日		ケ月間	
事 業 主 の 証 明		上記の通り届出があり、調査のうえ 承認したことを証明する。 令和 年 月 日			事業所の名称・所在地 事業主の氏名				