

常務理事		事務長		課長		担当	
------	--	-----	--	----	--	----	--

## 健康保険育児休業保険料免除申出書 (延長)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ  ※	事業所 記号	被保険者の 番号	年金手帳の厚生年金保険の 記号				番号				生 年 月 日				被保険者の氏名	
											昭 平	年	月	日	氏	名
	事業所の名称						事業所の所在地									
	フリガナ						フリガナ									
	養育する子の氏名						養育する子の生年月日				養育する子の区分		実子以外の子を 養育しはじめた日			
	フリガナ						令和	年	月	日	実子		令和	年	月	日
	氏名						その他									
	養育のため休業する期間										事業主にこの 申請書を提出した日					
	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで (前回提出免除申出書終了日の翌日が延長開始日になります)										令和	年	月	日		
	育児休業(免除) 開始年月日		育児休業(免除) 終了予定年月日				備 考									
事業主が証明する欄	下記のとおり証明します															
	育児休業期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで															
	令和 年 月 日															
	事業主															
	住所															
氏名																
電話																
												令和年月日提出 受付日印				

※欄は記入しないで下さい。