

被保険者整理番号を  
ご記入ください。

事業所番号を  
ご記入ください。

加入員番号を  
ご記入ください。

**ご注意**  
用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれない  
ようにご記入ください。

「パパママ育休プラス」により、1歳2ヶ月まで育児休業を取得する場合は備考欄に「パパママ育休プラス取得」とご記入ください。

正

健康保険育児休業等取得者申出書(新規・延長)

◎記入方法は裏面に書いてありますからよく読んで下さい。  
◎「※」印欄は記入しないでください。  
◎④は養育する子に係る育児休業等の終了予定日を延長する場合に記入してください。

厚生年金基金番号	事業所番号	加入員番号		
阪基 0238	101184	6666666666		
①事業所の記号	②被保険者の番号	⑦年金手帳の基礎年金番号	③生年月日	④被保険者の氏名
東 健 180	35	1234567890	昭5 年 月 日 平7 590506	(フリガナ) キキン ハナコ (氏) 基金 花子
⑤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	⑧実子以外の子を養育し始めた日
(フリガナ) キキン (氏) 基金	(フリガナ) タロウ (氏) 太郎	平成 年 月 日 7 240301	実子1 その他2	平成 年 月 日
⑦養育のため休業する期間		⑥育児休業等開始(申出)年月日	⑦育児休業等終了予定年月日	
平成24年4月27日 から 平成25年2月28日 まで		平成 年 月 日	平成 年 月 日	
⑧変更前の養育のため休業する期間		備考		
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
事業所所在地	〒540-0037			
事業所名称	大阪市内平野町3-2-5			
事業主氏名	理事長 薬業 一郎			
電話	06 (6945) 局 1021 番			

被保険者が養育のため休業する期間をご記入ください。  
(被保険者が女性で養育する子が実子の場合56日目までは  
産後休暇のため育児休業にはあたりませんのでご  
注意ください。)

事業主印を押印してください。ただし、事業主  
が署名した場合、押印は省略できます。

育児休業を変更する場合、変更後の期間を④にご記入いた  
くとともに変更前の期間を⑦にご記入ください。