

育児休業等 取得者申出・変更（終了）届

常務理事	事務長	課長	担当者

※健保決定欄	下記の届出による 保険料免除期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
--------	---------------------	-------------------------

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-		被保険者 の性別	被保険者等記号・番号が不明な場合にのみ マイナンバーを記入	
	氏 名			1. 男 2. 女	※ 注3 - -	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	届出年月日	令和 年 月 日	
	住民票住所	〒 - - TEL - -				

養 育 す る 子	氏名①			生年月日	令和 年 月 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑	<input type="checkbox"/>

区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数
<input type="checkbox"/> 取得申出日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/> 開始日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/> 終了日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

育 休 取 得 内 訳	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数	
	「育児休業等開始年月日」と「育児休業等終了（予定）年月日」が、かつ複数回、育児休業等を取得する場合	①	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		②	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

事 業 主 欄	確認欄 <input type="checkbox"/> に☑を 入れる	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである ①届出者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないか届出者本人が確認している。	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/>		所在地 名 称 役 職 氏 名

- 【注意】
- この届は、育児休業等を取得した場合に提出ください。
 - 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に☑を記入してください。
 - 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
(被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。)
 - 氏名・性別・生年月日・住民票住所は、住民票に記載されたとおりに記入してください。
 - 出産前に提出する場合は、養育する子の氏名に出生予定を生年月日は出生予定日を記入してください。
 - 初めて申出する場合、育児休業期間の「取得申出」に☑し免除期間を記入してください。育児休業の開始日を変更する場合、育児休業期間の「開始変更」に☑し変更後の「取得申出の免除期間」と「変更した免除期間」を記入してください。育児休業の終了日を変更する場合、育児休業期間の「終了変更」に☑し「取得申出の免除期間」と「終了変更した免除期間」免除期間を記入してください。同月かつ複数回の場合、育休取得内訳を記入してください。
 - ※健保決定欄の保険料免除期間は、記入しないでください。

育児休業等 保険料免除通知書

本書のとおり決定しましたので通知します。

S K健康保険組合 理事長

※健保決定欄	下記の届出による 保険料免除期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
--------	---------------------	---------------------

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-		被保険者 の性別		
	氏 名			1. 男 2. 女		
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	届出年月日	令和 年 月 日	
	住民票住所	〒 - - Tel - -				

養 育 す る 子	氏名①			生年月日	令和 年 月 日
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑

区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数
<input type="checkbox"/> 取得申出日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/> 開始日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/> 終了日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数	
「育児休業等開始年月日」と「育児休業等終了(予定)年月日」が、かつ複数回、育児休業等を取得する場合	①	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	②	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

事 業 主 欄	上記のとおり届出しました。
	令和 年 月 日
	所在地
	名 称 役 職 氏 名

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。

また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。