

# 育児休業等 取得者申出・延長・終了届

常務理事	事務長	業務課長	担当者

健保決定欄	取得申出	開始年月日 令和 年 月 日 から		休業終了予定年月日 令和 年 月 日 まで	
	休業変更終了	変更開始年月日 令和 年 月 日 から		休業終了予定年月日 令和 年 月 日 まで	
	今回対象	初回申出 開始日変更 終了日変更	保険料免除月	免除開始 令和 年 月 日 から	免除終了 令和 年 月 日 まで

被保険者欄	被保険者証の記号-番号	-		氏名		性別		1. 男 2. 女
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	提出年月日	下記のとおり申請します。 令和 年 月 日			
	現住所	〒 - - - - -						
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、個人番号確認、本人確認をするための注6の添付書類をつけて提出して下さい。							
	今回申請	1. 取得申出 2. 開始変更 3. 終了変更						

養育する子	フリガナ			続柄	1. 実子 2. その他	あなたの扶養に	1. 該当 2. 非該当
	氏名						
	生年月日	令和 年 月 日	実子以外の養育開始日	令和 年 月 日			

養育のため休業する期間	取得申出(変更前)	休業開始年月日 令和 年 月 日 から		休業終了予定年月日 令和 年 月 日 まで	
	休業延長	延長開始年月日 令和 年 月 日 から		休業終了予定年月日 令和 年 月 日 まで	
	終了日変更	休業終了予定年月日 令和 年 月 日 から		休業終了年月日 令和 年 月 日 に変更	

事業主欄	<input checked="" type="checkbox"/> 確認欄 <input checked="" type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。	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申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 役職 氏名
	<input type="checkbox"/>		

【注意事項】

- 日付は和暦、選択欄は該当数字を記入するか該当数字を○で囲んで下さい。
- 初回休業申出の場合、養育のため休業する期間の取得申出を記入して下さい。
- 休業期間を延長する場合、延長開始日は前回の休業終了予定年月日を記入して下さい。
- 休業期間の終了日を変更する場合、前回の休業終了予定年月日は必ず記入して下さい。
- 育児休業等終了予定日以前に産前産後休業を開始(産前産後休業取得者申出書を提出)した場合は、当該マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付して下さい。

(参考)

- 保険料の徴収が免除される期間は、育児休業等開始月から終了予定日の翌日の月の前月までです。
- 育児休業とは育児休業又は育児休業の制度に準ずる措置による休業を指し、この申し出により保険料の免除を受けられる期間は育児休業等期間に限ります。通常事業主等は労働者に当たらない為、この申出は行えません。

育児休業等  
保険料 免除通知書

健保決定欄	取得 申出	開始 令和 年 月 日 から				休業終了 予定 令和 年 月 日 まで			
	休業 変更 終了	変更 開始 令和 年 月 日 から				休業終了 予定 令和 年 月 日 まで			
	今回 対象	初回申出 開始日変更 終了日変更	保険料 免除月	免除 開始 令和 年 月 から		免除 終了 令和 年 月 まで			

被保険者欄	被保険者証の 記号-番号	-		氏名			性別	1. 男 2. 女	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日		提出年月日	下記のとおり申請します。 令和 年 月 日				
	現住所	〒 - - - - -							
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、個人番号確認、本人確認をするための注6の添付書類をつけて提出して下さい。								
	今回申請	1. 取得申出 2. 開始変更 3. 終了変更							

養育する子	フリガナ			続柄	1. 実子 2. その他		あなたの 扶養に	1. 該当 2. 非該当	
	氏名				実子以外の 養育開始日		令和 年 月 日		
	生年月日	令和 年 月 日				令和 年 月 日			

養育のため休業する期間	取得 申出 (変更前)	休業開始 令和 年 月 日 から				休業終了 予定 令和 年 月 日 まで			
	休業 延長	延長開始 令和 年 月 日 から				休業終了 予定 令和 年 月 日 まで			
	終了日 変更	休業終了 予定 令和 年 月 日 から				休業終了 年月日 令和 年 月 日 に変更			

事業主欄	上記のとおり証明しました。								
	令和 年 月 日 提出								
	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カ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カ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カ月以内（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カ月以内）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カ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提起することができます。
- この決定を受け取った後、速やかに確認及び決定された事項を被保険者に通知しなければなりません。