

[様式:資第7号]

事務 決裁 センター	常務理事	課長	主査	担当者	受付

企業年金基金
健康保険組合

無給休職復職通知書

(人事・給与担当) 事業主記入欄	対象者コード	被保険者氏名	事業主名・担当名	
			TEL() -	
	無給休職理由	30 病欠休職 34 介護休職 31 育児休職 36 海外休職 32 刑事休職 37 業災休務	復職予定年月日	平成 年 月 日

書添付	<input type="checkbox"/> 【育児休職保険料免除期間中の場合】 <input type="checkbox"/> 年金事務所からの確認通知書の写し(受付日の印があるもの)
-----	--

事業所処理欄	事業所所在地：	課長	審査投入責任者	審査投入担当者	受付
	事業所名：				平成 年 月 日 担当
	電話番号：() -	ポチエック ポイント	<input type="checkbox"/> 事業主(人事・給与担当) 記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか <input type="checkbox"/> 健保システムへの登録は完了しているか		

(平成28年12月)