

(申請者→事業所担当者→健保)

介護保険

(特定) 被保険者

海外出向

届

国内帰任

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日 提出

※ 太線の枠内をご記入ください。

被保険者証の記号番号	-	氏名	年齢	海外勤務地に帯同する家族			
海外出向年月日	令和 年 月 日	海外勤務地事業所名称		氏名	続柄	住所転出(入)届の有無	転出(入)届提出日
市町村に対する転出(入)届の有無	有・無	転出(入)届提出日	令和 年 月 日			有・無	令和 年 月 日
						有・無	令和 年 月 日
						有・無	令和 年 月 日
						有・無	令和 年 月 日
						有・無	令和 年 月 日
						有・無	令和 年 月 日
						有・無	令和 年 月 日

※ 下記には記入しないでください。

従前における被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者
出向または帰任後の被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者
決定 適用除外年月日 又は適用年月日	令和 年 月 日
適用除外と ならない理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が国内に住所を有しているため <input type="checkbox"/> 残留被扶養者に第2号被保険者に該当する者がいるため <input type="checkbox"/> その他 ( )

事業所所在地	
事業所名	
事業主名	
電話	

受付印