

提出ルート:被保険者→事業主→健保
(任意継続被保険者は直接 健保へ)

<注意> 以下の場合は必ず提出してください。
1. 海外出向の40歳以上の方(被扶養者含む)
2. 海外出向中に40歳になられた方(被扶養者含む)
3. 上の1. 2. に該当していた方で国内帰任の方

介護保険 (適用・適用除外) 届 (海外出向・国内帰任)

常務理事	事務長	担当者	担当者

※太線の枠内をご記入ください。

被保険者証の記号番号		事業所名	所 属						
記号	番号		部 課 係						
従業員番号 (ゴム印でも可)	フリガナの被保険者の氏名				性別	生年月日	年齢	資格取得年月日	
					1 2 男 女	昭1 平2 令3			平成 令和
/	フリガナの被扶養者の氏名				性別	生年月日	年齢	/	
					1 2 男 女	昭1 平2 令3			歳

海外出国 国内帰国	年月日	赴任先事業所名称	転出(入)届 提出日
令和	年 月 日		令和 年 月 日

適用・適用除外の事由		※身体障害者療養施設入所者の場合のみご記入ください。	
身体障害者療養施設入所者	1	※入居施設の名称	〒 ー (局) 番
在留資格一年未満の外国人	2		
海外出向者	3	※入居施設の所在地	
国内帰任者	4	※電 話	

該当の別 不該当	不 該 当 理 由	適 用 決 定 年 月 日 適用除外
該当 1 ・ 不該当 2		令和 年 月 日

令和 年 月 日 提出

受付日付印

本申請は被保険者が作成/確認し、事実と相違ないことを証明します

事業所所在地	〒 ー (ゴム印使用)
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(局) 番