

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 適用除外	決定年月日
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