

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		所		属		
1001	12345	株式会社SUBARU	本社	人事部	付	課	係
従業員番号 (ゴム印でも可)	被保険者の氏名		性別	生年月日	年齢	資格取得年月日	
12345	富士 太郎		① 2 男 女	昭和 平成 令和 3 2 0 1 3 0	43 歳	平成 令和	年 月 日
	被扶養者の氏名		性別	生年月日	年齢		
	富士 桃子		1 ② 男 女	昭和 平成 令和 3 2 0 3 0 1	43 歳		

海外出国 国内帰国	年月日	赴任先事業所名称	転出(入) 届日
令和	3 1 0 0 5	BOEING COMPANY	令和 2 1 0 0 1

←人事発令日

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	
在留資格一年未満の外国人	2	※入居施設の所在地	〒 -
海外出向者	③	※電 話	(局) 番
国内帰任者	4		

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 4 年 4 月 16 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	〒 -	(ゴム印使用)
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(局)	番

市区町村に届出を行った転出日、または転入日