

(海外赴任者・国内帰任者用)

介護保険適用除外

該 当
非 該 当 届

※太線の枠内をご記入ください
(鉛筆書きは不可です)

(本人・家族)

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

《届出の流れ》 勤務先健保業務担当部門(総務・人事等) ⇒ 健保組合

記号	番号	被保険者の氏名	年齢	海外勤務地に帯同する40歳以上65歳未満の家族		
海外勤務先事業所名称		生年月日		氏名	続柄	生年月日
		昭和 年 月 日				昭和 年 月 日
出入国区分		転出日・転入日		出入国区分		転出日・転入日
☐ 出国 ☐ 入国		令和 年 月 日		☐ 出国 ☐ 入国		令和 年 月 日
＜添付書類＞ ・「該当」の場合：転出日がわかる書類(住民票〔除票〕等) ・「非該当」の場合：転入日がわかる書類(世帯全員の住民票※等) ※住民票の場合、マイナンバーの記載の無いもの				氏名	続柄	生年月日
						昭和 年 月 日
				出入国区分		転出日・転入日
決定後の被保険者区分		☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 適用除外者	該当・非該当 年月日	令和 年 月 日	☐ 出国 ☐ 入国 令和 年 月 日	

事業所所在地 事業所名称 事業主名	〒 ー 電話 ()
-------------------------	-------------------

事業所担当者	令和 年 月 日 提出	受付印