

(海外赴任者・国内帰任者用)

# 介護保険適用除外 (本人・家族)

該 当 届  
非 該 当

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

※太線の枠内をご記入ください。  
(鉛筆書きは不可です。)

《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 国内 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	
<input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 入国		令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 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		<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	該当・ 非該当 年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 入国		令和 年 月 日

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

事業所担当者	令和 年 月 日 提出	受付印