

＝記入例＝

該当する項目を○で囲む

海外勤務地に帯同する家族全員の氏名及び続柄を記入する

転出の場合・・・日本の住所を有しなくなった年月日を記入する
転入の場合・・・日本の住所を有することとなった年月日を記入する

保険証に記載してある内容を記入する

市町村への住民異動手続きの有無について該当する項目に○印を付する

被保険者・被扶養者 出国届 帰国届

被保険者の氏名を記入する

(介護保険適用除外、該当・非該当関係届)

被保険者→事業主→健保組合

提出する年月日を記入する

海外勤務地の事業所名称を記入する

届出書提出時点の年令を記入する

常務理事	事務長	担当者

平成10年4月3日 提出

※太線の枠内をご記入ください。
※自筆の場合は押印しなくてもかまいません。

海外勤務異動の発令年月日を記入する

市町村への住民異動手続きの有無について該当する項目に○印を付する

被保険者証の記号番号	記号 10	番号 0123456	氏名 健康太郎	年令 45
海外勤務年月日	平成10年4月1日	海外勤務先事業所名称	カメカ健康増進センター	海外勤務地に帯同する家族
市町村に対する転出(入)届の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	転出(入)届提出日	平成10年3月30日	氏名 続柄 住所転出(入)届の有無 転出(入)届提出日
				健康花子 妻 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 平成10年3月30日
				健康一男 長男 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 平成10年3月30日
				健康一子 長女 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 平成10年3月30日

転出の場合・・・日本の住所を有しなくなった年月日を記入する
転入の場合・・・日本の住所を有することとなった年月日を記入する

※下記には記入しないでください。

従前における被保険者区分	<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
出国又は帰国後の被保険者区分	<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
適用除外年月日又は適用年月日	平成 年 月 日
適用除外とならない理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が国内に住所を有しているため <input type="checkbox"/> 残留被扶養者に第2号被保険者に該当する者がいるため <input type="checkbox"/> その他()

受付印

事業所在地	〒
名称	
事業主名	(印)
電話	(03) 4416局6155番

(介護保険料の徴収について)

海外勤務者については、国内に住所を有さなくなった日の翌日(適用除外年月日)の属する月の翌月から非徴収、帰任者は国内に住所を有した日(適用年月日)の属する月の翌日から非徴収となりますので、賃金明細書でご確認ください。

連絡先

TEL 001- () FAX 001- ()

出国後 帰国後 所属名 () 所属先TEL ()

備考

出国先、帰国後の連絡先を必ず記入する
その他の連絡方法は備考欄に記入すること