

該当する項目を で囲む

健康保険の被保険者証に記載してある内容を記入する

被保険者の氏名を記入する

届出書提出時点の年齢を記入する

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

市町村へ転出入届を提出した年月日を記入する

提出する年月日を記入する

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・被扶養者 出国届 帰国届 (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

常務理事	事務長	担当者

平成 12 年 2 月 27 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。

被保険者証の記号番号	記号 10	番号 1234567	氏名 健康太郎	年齢 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	カメリ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	有・無	転出(入)届提出日	氏名	続柄
		平成10年3月30日	健康花子	妻

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

市町村へ転出入届を提出し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	第2号被保険者・特定被保険者・適用除外者被保険者区分
出国又は帰国後	第2号被保険者・特定被保険者・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	被保険者が国内に住所を有しているため 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 その他()

健康花子	妻	有・無	平成10年3月30日
健康一郎	長男	有・無	平成10年3月30日
健康花代	長女	有・無	平成10年3月30日
		有・無	平成 年 月 日
		有・無	平成 年 月 日

事業所在地	〒
事業名称	
事業主名	(印)
電話	() 局 番

受付印

海外勤務先の事業所名称を記入する

(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)の属する月の翌月から徴収することになりますので、賃金明細書でご確認ください。