

出 国 届 被保険者・被扶養者 帰 国 届

被保険者 事業主 健保組合

(介護保険適用除外、該当・非該当関係届)

常務理事	事務長	担当者

平成 年 月 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	番号	氏名	印	年 齢		
海外勤務 年月日	平成 年 月 日		海外勤務先 事業所名称	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	平成 年 月 日	氏名	続柄	住所転(入) 出届の有無	転出(入)届提出日

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	第2号被保険者・特定被保険者・適用除外者	
決 定	出国又は帰国後 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
	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()	

		有・無	平成 年 月 日
		有・無	平成 年 月 日
		有・無	平成 年 月 日
		有・無	平成 年 月 日
		有・無	平成 年 月 日

事業所 所在地	〒
名称	
事業主名	(印)
電話	() 局 番

受 付 印

(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。