

介護保険 被保険者 海外赴任 届
国内帰任

介護保険 決定通知書

常務理事	事務長	担当者				
			令和 年 月 日 提出			
被保険者の 記号・番号	記号	番号	氏名	年齢		
海外赴任 (帰任)年月日	令和 年 月 日	海外勤務先 事業所名称				
市町村に対する 転出(入)届の有・無	有・無	転出(入)届 提出日	令和 年 月 日			
現在の被扶養者状況と海外赴任に伴う住民票の異動状況						
氏名	続柄	住所転出 届の有無	転出届提出日			
		有・無	令和 年 月 日			
		有・無	令和 年 月 日			
		有・無	令和 年 月 日			
		有・無	令和 年 月 日			
		有・無	令和 年 月 日			

※下記には記入しないで下さい

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
赴任又は帰任後の 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	令和 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 ()

上記の海外赴任(帰任)者について、介護保険における被保険者の取扱を決定致しましたので通知致します。なお、介護保険料は赴任者については「適用除外年月日」の属する月から徴収せず、帰任者は「適用年月日」の属する月から徴収します。

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合
常務理事

事業所 所在地	
名称	
事業主名	