

(別紙 [1])

# 介護保険(特定)被保険者 海外出向 届 国内帰任

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 主管 | 担当者 |
|      |     |    |     |

平成 ○○年 ○○月 ○○日 提出 \*太線の枠内をご記入下さい。 提出: 被保険者→事業主→健保組合

|  |  |                    |                |                |                  |                |    |      |                      |           |    |   |   |   |
|--|--|--------------------|----------------|----------------|------------------|----------------|----|------|----------------------|-----------|----|---|---|---|
| ① 被保険者証の記号・番号                            | 記号   | ○○○○               | 番号             | ○○○○           | 海外(国内)勤務地に帯同する家族 |                |    |      |                      |           |    |   |   |   |
| ② 氏名                                     | けんぼ しんのすけ                                      | ③ 生年<br>月日         | 昭和 ○○年 ○○月 ○○日 | ④ 年齢           | ○○               | 氏名             | 続柄 | 生年月日 | 市町村に対する<br>転出(入)届の有無 | 転出(入)届提出日 |    |   |   |   |
| ⑤ 海外出向<br>国内帰任                           | 年月日  | 平成 ○○年 ○○月 ○○日     | 健保小百合          | 妻              | 大正<br>昭和<br>平成   | ○              | ○  | ○    | ○                    | ○         |    |   |   |   |
| ⑥ 勤務先事業所                                 | ○○○○   | 健保明日香              | 子              | 大正<br>昭和<br>平成 | ○                | ○              | ○  | ○    | ○                    |           |    |   |   |   |
| ⑦ 市町村に対する<br>転出(入)の有無                    | 有・無  | ⑧ 転出(入)届<br>提出日【注】 | 平成 ○○年 ○○月 ○○日 | 大正<br>昭和<br>平成 | 年                | 月              | 日  | 有・無  | 平成                   | 年         | 月  | 日 |   |   |
| ⑨ ⑦で(無)と回答した方は、住民票のある住所を記入して下さい。<br>(住所) |  | 大正<br>昭和<br>平成     | 年              | 月              | 日                | 有・無            | 平成 | 年    | 月                    | 日         |    |   |   |   |
| 備考                                       | 【注】海外出向の場合における転出届は、市区町村に届出た出国年月日(予定日)を記入して下さい。 |                    |                |                |                  | 大正<br>昭和<br>平成 | 年  | 月    | 日                    | 有・無       | 平成 | 年 | 月 | 日 |

\* 下記には記入しないで下さい。

|                    |                                  |   |  |
|--------------------|----------------------------------|---|--|
| 従前における<br>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                     |
| 出向又は帰任後の<br>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                     |
| 決定                 | 適用除外年月日<br>又は適用年月日               | <input type="checkbox"/> 適用除外               | 平成 年 月 日   |
|                    | 適用除外<br>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 ( )            |  |

〒 ○○○ — ○○○○

事業所所在地 東京都○○区○○ ○○丁目○○番地○○号

名称 ○○○○○○株式会社

事業主 代表取締役社長 ○ ○ ○ ○ (印)

電話 ○○ (○○○) ○○○○代

受付印

\* この届出に記載された個人情報は、健保組合の業務を遂行するために収集し利用します。