



介護保険 被保険者 海外出向届 (本人・家族)

被保険者 → 事業主 → 健康保険組合

常務理事	事務長	課(係)長	係

令和 年 月 日提出

※太線の枠内をご記入ください

被保険者証の記号番号	記号	番号	氏名	年齢	海外勤務地に帯同する家族																		
海外出向年月日	令和	年	月	日	海外勤務先事業所名称	氏名	続柄	住所転出届の有無	転出届提出日														
市町村に対する転出届の有無	有・無		転出届提出日	令和	年	月	日	有・無	令和	年	月	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	<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	出向後の被保険者区分	<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	令和 年 月 日																					
適用除外理由	<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()																						
<table border="1"> <tr> <td>事業所所在地</td> <td>〒</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>事業所名称</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>事業主氏名</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>												事業所所在地	〒	—	事業所名称			事業主氏名			電話		
事業所所在地	〒	—																					
事業所名称																							
事業主氏名																							
電話																							

受付日付印





介護保険 被保険者 海外出向届 (本人・家族)

被保険者 → 事業主 → 健康保険組合 → 事業主

常務理事	事務長	課(係)長	係

令和 年 月 日提出

※太線の枠内をご記入ください

被保険者証の記号番号	記号	番号	氏名	年齢	海外勤務地に帯同する家族			
海外出向年月日	令和 年 月 日	海外勤務先事業所名称	氏名	続柄	住所転出届の有無	転出届提出日	令和 年 月 日	
市町村に対する転出届の有無	有・無	転出届提出日	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		
					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
出向後の被保険者区分	<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	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()

上記の海外出向者について、介護保険料における被保険者の取扱を決定いたしましたので通知いたします。

なお、出向者の海外保険料は、「適用除外年月日」の属する月から徴収しません。

令和 年 月 日

