

該当する者に○をつけてください。

被保険者 → 事業主 → 健康保険組合

正

介護保険 被保険者 国内帰任届 (本人・家族)

常務理事	事務長	事務課長	担当者

平成〇〇年〇〇月〇〇日 提出

※太線の枠内をご記入ください、帰任者は国内居住地住所を必ず記入してください。

被保険者証 の記号番号	記号 1000	番号 123456	氏名 健保 太郎	年齢 41	海外より国内に帯同する家族			
国内帰任 年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		帰任勤務先 事業所名称 本社	氏名	続柄	住所転入 届の有無	転入届提出日	
市町村に対する 転入届の有無	①・無		転入届 提出日 平成〇〇年〇〇月〇〇日	健保 花子	妻	①・無	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
国内居住 住所	〒111-1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1 TEL: 888-888-8888					有・無	平成 年 月 日	

住所をもった日（居住住所
が不明な場合は、後日、住
所変更届を提出下さい。

※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 ・							
決 定	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						
	適用年月日	平成 年 月 日						
	適用除外 とならない 理由	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者が国内に住所を有したため <input type="checkbox"/> 特定被保険者が国内に住所を有したため <input type="checkbox"/> その他 ()						

事業所 所在地	〒 事業所記入欄		
名称 事業主名 電話	()	局	番 印

受付日付印