

## 海外赴任等に伴う介護保険適用除外届 (適用除外の解除届)

常務理事	事務長	事務課長	担当

この届出は40歳以上で次に該当する方のみ提出してください。

1. 海外赴任に伴い国内に住民票を有しなくなった方
2. 国内帰任に伴い住民票の登録を行った方
3. 新たに健保に加入された方で住民票を除票されている方

社員番号 123456

該当するものに○をつけてください。

赴任・帰任の種別	海外 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">赴任</span> 帰任 一時帰国	申請の区分	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">適用除外</span> 適用除外の解除	40～64歳の被扶養者がいる場合は下記に記入してください					
被保険者氏名	健保 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	健康保険証の記号番号	XX 99999	被扶養者氏名	続柄	年齢	住民票の有無	申請事由の発生年月日	
年齢	〇〇	申請事由の発生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	健保 保子	妻	〇〇	有	〇〇年〇〇月〇〇日	
海外勤務先事業所名称	〇〇〇〇〇	国内における住民票の有無	有				有・無	年 月 日	
							有・無	年 月 日	
							有・無	年 月 日	
							有・無	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"/> 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"/> 適用除外者
適用除外年月日又は適用年月日	平成 年 月 日	

事業所所在地	〒 -
事業所名称 事業主名	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
電話	( ) 局 番

年 月 日提出

受付日付印

エリアコード	事務担当