

# 介護保険適用除外（**該当**・非該当）届

常務理事	事務長	担当者

※太枠の枠内をご記入ください。

記号	番号	被保険者氏名	年齢	帰国した際の帰国後住所 ※出国時は記載不要			
000	0000	健保 太郎	〇〇歳	〒  TEL			
新所属部署名（出入国後）		生年月日		海外・国内 勤務地に帯同する家族			
〇〇〇〇		昭和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		氏名	続柄	出入国区分	適用除外該当・非該当日
出入国区分		適用除外該当・非該当日				<input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 入国	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 入国		令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		氏名	続柄	出入国区分	適用除外該当・非該当日
						<input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 入国	年 月 日
				氏名	続柄	出入国区分	適用除外該当・非該当日
						<input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 入国	年 月 日
				氏名	続柄	出入国区分	適用除外該当・非該当日
						<input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 入国	年 月 日

適用除外該当日または非該当日に記入する日付

- ※海外に居住する場合は出国の翌日
- ※帰国した場合は帰国日

健保記入欄

決定後の被保険者区分	該当・非該当年月日
<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	年 月 日
<input type="checkbox"/> 特定被保険者	
<input type="checkbox"/> 適用除外者	

年 月 日 提出

受付印

事業所所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
事業所名称	〇〇〇〇株式会社
事業主氏名	〇〇 〇〇
電話	T:000-000-0000