

介護保険（特定）被保険者 海外赴任 届  
国内帰任

令和 年 月 日提出

被保険者証 の記号番号	記号	20	番号	被保険者氏名	年齢
海外赴任 年月日	令和 年 月 日	市町村に対する 転出(入)の有無	有・無	転出(入) 届出日	令和 年 月 日
海外勤務先 事業所名称	(国名 )				
扶養家族の状況(家族全員を記入してください)					
氏名	続柄	生年月日	帯同の有無	住所転出 届の有無	転出届出日
		昭和・平成・令和 年 月 日	有・無	有・無	令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日	有・無	有・無	令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日	有・無	有・無	令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日	有・無	有・無	令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日	有・無	有・無	令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日	有・無	有・無	令和 年 月 日

※以下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"/>	適用除外者	
決定	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	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( )		

事業所  
所在地

  

名称

事業主名

受付印

旭化成健康保険組合				

<書類の流れ>  
事業主 —— (正) 健保  
(写)