

<注 意>

以下の場合には必ず提出してください。

1. 海外出向の40歳以上の方（被扶養者含む）
2. 海外出向中に40歳になられた方（被扶養者含む）
3. 上の1. 2. に該当していた方で国内帰任の方

太線の枠内をご記入ください。

介護保険 (適用・適用除外) 届

(海外出向・国内帰任)

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者証の記号番号		事業所名	所 属				
記号	番号		部 課 係				
従業員番号 ゴム印使用	フリガナ 被 保 険 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日		年齢	資格取得年月日
			1 2 男 女	明1 大2 昭3 平4			
	フリガナ 被 扶 養 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日		年齢	
			1 2 男 女	明1 大2 昭3 平4			

海外出国 国内帰国	年月日	赴任先事業所名称	転出(入)届 提出日
平成	年 月 日		平成 年 月 日

適用 適用除外	の事由	身体障害者療養施設入所者の場合のみご記入ください。	
1	身体障害者療養施設入所者	入居施設の名称	〒 - (局) 番
2	在留資格一年未満の外国人	入居施設の所在地	
3	海外出向者		
4	国内帰任者	電話	

該当 不該当	の別	不 該 当 理 由	適用 適用除外	決定年月日
該当 1			平成	年 月 日
不該当 2				

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(局) 番