

(被保険者)⇔(事業所)⇔(事業主)⇔(健保)

事業主⇔ロジスティード健康保険組合 御中

介護保険
適用除外届
(海外居住)
(国内帰着)

健康保険組合				事業所(本社総務)		
常務理事	事務長	主任	担当			

* 何れかを=線で抹消下さい

提出日	令和 年 月 日	* 太枠内を記入下さい				
健康保険証の記号番号				フリガナ		
記号		番号		被保険者氏名		
所属部署名			(〒 -) (区 - -)			
被保険者住所						

海外居住に伴う適用除外申請対象者(海外居住等の被保険者本人または被扶養者)

氏名	フリガナ	続柄	性別	生年	月	日
			男 女	昭和 平成	年	月 日
海外勤務先等の名称	区分(該当に○)	異動発令年月日	転出(入)届提出日			
	1. 海外居住 2. 国内帰着	平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日			

上記に伴う被扶養者等の状況(海外居住者が被扶養者の場合は被保険者も記入のこと)

氏名	続柄	生年	月	日	転出(入)届の有無	転出(入)届提出日
		昭和・平成	年	月 日	1. 有 2. 無	令和 年 月 日
		昭和・平成	年	月 日	3. 有 4. 無	令和 年 月 日
		昭和・平成	年	月 日	5. 有 6. 無	令和 年 月 日
		昭和・平成	年	月 日	7. 有 8. 無	令和 年 月 日

在留資格1年未満の外国人としての適用除外申請者

氏名	生年	月	日(西暦)	日本在留資格期間
	年	月	日	年 月 日から 年 月 日まで

<input type="checkbox"/>	許可	<input type="checkbox"/>	不許可	<理由>
--------------------------	----	--------------------------	-----	------

事業主所在地
事業主名称
事業主氏名

受付日付印
