

介護保険（特定）被保険者 海外出向届
国内帰任

受付年月日	年	月	日
ニチレイ健康保険組合 検印欄			
常務理事	事務長	係	

平成 年 月 日提出

太線の枠内をご記入ください。

被保険者証の記号番号	記号	番号	氏名	年齢	海外勤務地に帯同する家族			
海外出向年月日	平成 年 月 日	海外勤務先事業所名称	氏名	続柄	住所転出届の有無	転出届提出日		
市町村に対する転出(入)届の有無	有 ・ 無	転出(入)届提出日	平成 年 月 日			有 ・ 無	平成 年 月 日	
						有 ・ 無	平成 年 月 日	
						有 ・ 無	平成 年 月 日	
						有 ・ 無	平成 年 月 日	
						有 ・ 無	平成 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	第2号被保険者・ 特定被保険者・ 適用除外者
出向又は帰任後の被保険者区分	第2号被保険者・ 特定被保険者・ 適用除外者
適用除外年月日又は適用年月日	平成 年 月 日
決定理由	被保険者が国内に住所を有しているため 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 その他()

事業所所在地	〒
名称 事業主名	
電話	() 局 番 (印)

受付印