

海外出向届
国内帰任届
介護保険（特定）被保険者

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	係

令和 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・令和	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	令和 年 月 日			有・無	令和 年 月 日
※ 下記には記入しないで下さい。							有・無	令和 年 月 日
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"/> 特定被保険者・ <input type="checkbox"/> 適用除外者					有・無	令和 年 月 日
決	出向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"/> 特定被保険者・ <input type="checkbox"/> 適用除外者					令和 年 月 日
	適用除外年月日又は適用年月日		令和 年 月 日					令和 年 月 日
定	適用除外とならない理		<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（ ）					令和 年 月 日
								令和 年 月 日

事業所所在地	
名称 事業主名	
電話	

受付印