

作成年月	事業所
：	：
：	：
：	：

常務理事	事務長	担当者

介護保険第二号被保険者 非該当者届

(対象者：海外赴任者・適用除外施設入居者・在留資格1年未満の外国人など)

各企画部門 ⇒ 人事課海外担当

○被保険者の現住所が海外の場合は国名・都市名のみを記入ください

例・被扶養者が海外赴任に帯同するため国内に住所を有さなくなった場合

○この届は被保険者・被扶養者が国内に住所を有しなくなった場合などに届出てください

※注意事項※

記号	番号	事業所名称	被保険者氏名	
：	：		被保険者住所	〒

【届出対象者】海外赴任時(家族帯同時を含む)に35歳以上65歳未満の健保有資格者(被保険者、被扶養者)がいる者
 【添付書類】海外赴任時(帯同時)→住民票の除票(住民票を抜いたことの証明書・写し可) 施設入居時→入所証明書
 被扶養者のみの異動を提出する場合は、2行目から記入してください。

第二号被保険者に該当する方の氏名(生年月日)	満年齢	被保険者との続柄	第二号被保険者に該当しなくなった日	提出の理由を○で囲んでください。その他の場合は、理由を記入してください。
1 (氏) (名) 昭・平・令 年 月 日生		本人	令和 年 月 日	1. 海外に住所を有するなど、市区町村の区域内に住所を有しない。 2. 身体障害者療護施設などに入所している。 3. その他()
2 (氏) (名) 昭・平・令 年 月 日生			令和 年 月 日	1. 海外に住所を有するなど、市区町村の区域内に住所を有しない。 2. 身体障害者療護施設などに入所している。 3. その他()
3 (氏) (名) 昭・平・令 年 月 日生			令和 年 月 日	1. 海外に住所を有するなど、市区町村の区域内に住所を有しない。 2. 身体障害者療護施設などに入所している。 3. その他()
4 (氏) (名) 昭・平・令 年 月 日生			令和 年 月 日	1. 海外に住所を有するなど、市区町村の区域内に住所を有しない。 2. 身体障害者療護施設などに入所している。 3. その他()

<人事記入欄>

発令月日	事業所
月 日付	

<事業主証明欄>

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

古河電工健康保険組合理事長

住所

名称

氏名

住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。

受付年月日

※回覧：本人⇒事業部企画⇒人事課海外⇒健保組合
 ※適用日現在、在籍している事業所で証明願います。

発信者印	発信者印	発信者印

↑担当者データ印または朱印

付記：今回の決定についてご不明な点がある場合は健保組合までお問合せ下さい。