

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【取消】届

(対象者: 海外からの帰国者、施設からの退去者等)

各企画部門 ⇒ 人事課海外担当

記号	番号	事業所名称	被保険者氏名	被保険者住所
				〒

非該当届を提出し海外から国内に住所を移したり、施設を退所した場合に届出てください。
被扶養者のみの異動時は、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た日	届出の理由を○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. 市区町村の区域内に住所を有するようになったため。 2. その他()
2	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日生			令和 年 月 日	1. 市区町村の区域内に住所を有するようになったため。 2. その他()
3	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日生			令和 年 月 日	1. 市区町村の区域内に住所を有するようになったため。 2. その他()
4	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日生			令和 年 月 日	1. 市区町村の区域内に住所を有するようになったため。 2. その他()
5	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日生			令和 年 月 日	1. 市区町村の区域内に住所を有するようになったため。 2. その他()

※注意事項※
 ○この届は被保険者・被扶養者が海外から国内に住所を有するようになった場合などに提出してください。
 ○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・被扶養者が海外駐在から国内勤務となった場合
 例・被保険者が海外駐在の帯同から先に帰国することになった場合

<人事記入欄>

発令月日	事業所
月 日付	

※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。

<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

発信者印	発信者印	発信者印

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。

↑担当者データ印または朱印