

# 介護保険適用除外等 ▲ 該当 (赴任) 届 非該当 (帰任)

海外赴任者は介護保険料徴収の適用除外となります。

(ただし、この届は本人または家族のいずれかが  
40歳到達時点からの適用となります)

常務理事	事務長	係員

テルモ健保の保険証をお持ちの(健保上の被扶養)ご家族をご記入下さい。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号

(ア) 被保険者の氏名	(イ) 性別	(ウ) 生 年 月 日
(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	昭5 平7 令9 年 月 日

(キ)被保険者の住所

④ 適用除外の事由	⑤ 該当 非該当 の別	⑥ 住民票の転入日 (該当/非該当の年月日)
1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入所者 3. 在留資格3か月未満の外国人	1. 該当  2. 非該当	年 月 日

2の場合は以下に記入のこと。

(ケ)入居施設の名称	
(コ)入居施設の所在地	
電 話	( )

**【 事業主記載欄 】**

- 記載内容については申請者本人(被保険者)と確認しています。
- 住民票の  除票日  転入日 を確認しました。

事業者所在地	東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目44番1
事業主名称	テルモ株式会社
事業主氏名	人事部長 本庄正治
電話番号	03 - 6742 - 8773

(ウ) 被扶養者の氏名	(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日
(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2		昭5 平7 令9 年 月 日
(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2		昭5 平7 令9 年 月 日
(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2		昭5 平7 令9 年 月 日
(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2		昭5 平7 令9 年 月 日
(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2		昭5 平7 令9 年 月 日

被保険者と別居の場合は以下に記入のこと。

(ク) 被扶養者の住所
〒

年 月 日 提出

受付日付印