

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

介護保険 適用除外 ☐ 海外赴任 届 ☐ 国内帰任 〔国外居住者等用〕

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者情報										※枝番(-00)記入は不要です。									
被保険者の記号・番号										フリガナ									
記号					番号 (右詰め)					被保険者氏名									
事業所名										連絡先									
社名					所属					日中の連絡先 電話番号									
従業員番号 (右詰め)										事業所コード									
										※事業所コードは、事業所健保担当者が記入									

海外居住に伴う適用除外申請対象者(海外勤務等をされる被保険者本人または被扶養者)																			
氏名	フリガナ					続柄					性別		生年月日						
											☐ 男 ☐ 女		☐ 昭 ☐ 平 年 月 日						
海外勤務先等の名称					区分					異動発令年月日					転出(入)日				
					☐ 1.海外赴任 ☐ 2.国内帰任					平令 年 月 日					平令 年 月 日				

上記に伴う被扶養者等の状況(海外赴任者が被扶養者の場合は被保険者本人分も記入)																						
氏名	フリガナ					続柄					生年月日					転出(入)届の有無		転出(入)日				
						SHR					年 月 日					☐ 1.有 ☐ 2.無		平令 年 月 日				
氏名	フリガナ					続柄					生年月日					転出(入)届の有無		転出(入)日				
						SHR					年 月 日					☐ 1.有 ☐ 2.無		平令 年 月 日				
氏名	フリガナ					続柄					生年月日					転出(入)届の有無		転出(入)日				
						SHR					年 月 日					☐ 1.有 ☐ 2.無		平令 年 月 日				
氏名	フリガナ					続柄					生年月日					転出(入)届の有無		転出(入)日				
						SHR					年 月 日					☐ 1.有 ☐ 2.無		平令 年 月 日				

在留資格3ヶ月以下の外国人としての適用除外申請者										※申請には、「旅券、その他在留資格を証する書類」の写しを添付のこと。										
氏名	フリガナ					生年月日(西暦)					日本在留資格期間									
						年 月 日					H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで									

<申請書の送付先>

社会保険労務士法人なんの木事務所 郵送：〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29
社内郵便：本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木

事業所所在地					受付日付印									
事業所名称					事業所担当者印					インプット				
事業主氏名														