ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当

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 □国内帰任 届 〔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												被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ
記号				番号（右詰め）									
事業所（いずれかに✔）				日中の連絡先　電話番号								連絡用メールアドレス	
□REL □RSMC □任継・特退													
従業員番号								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	ﾌﾘｶﾞﾅ		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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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＞

ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス　［〒105-0003　東京都港区西新橋1-18-6-11F］

事業所所在地		
事業所名称	事業所担当者印	インプット
事業主氏名		

受付日付印