

健康保険 被保険者 所属 選択 届
二 以上 事業 所 勤務

事務長	課長	係長	担当者

被保険者氏名	(フリガナ)		生年 月日	1.明	年	月	日	個人番号											
				3.大				基礎年金番号											
				5.昭															
				7.平															

事業所	事業所整理記号 被保険者整理番号	事業所名称		被保険者資格得喪年月日	報酬月額		標準報酬月額							
		事業所所在地			取得	年	月	日	金銭による報酬	円	健	千円		
		事業所が加入している健康保険組合等の名称												
		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号												
選 択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬	円	健	千円			
				喪失	年	月	日	現物による報酬	円					
				基金	基	号	喪失	年	月			日	合 計	円
				取得	年	月	日	金銭による報酬	円			現物による報酬	円	
非選択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬	円					
				喪失	年	月	日	現物による報酬	円					
				基金	基	号	喪失	年	月			日	合 計	円
				取得	年	月	日	金銭による報酬	円			現物による報酬	円	
				基金	基	号	喪失	年	月			日	合 計	円
				取得	年	月	日	金銭による報酬	円			現物による報酬	円	
				基金	基	号	喪失	年	月			日	合 計	円
				取得	年	月	日	金銭による報酬	円			現物による報酬	円	

【被保険者】	【個人情報利用等同意欄】
住所	当組合は、二以上事業所勤務者の適用・徴収及び引継等の事務に必要な範囲において、個人情報を非選択保険者、事業主へ照会・提供することがあります。
氏名	上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。
	令和 年 月 日
	氏名 印

受付印

新規加入の場合は、それぞれの事業所の「健康保険 資格取得届」の提出が必要です。
被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、個人番号欄へ記入してください。(マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

