

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	5.昭 7.平	年	月	日	※個人番号													
						基礎年金番号													

事業所	事業所整理記号	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										
被保険者整理番号		事業所が加入している健康保険組合等の名称		取得	年	月	日	金銭による報酬	円			
		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号										喪失
選択事業所			基金	基	号			合計	円	健	千円	
												非選択事業所
現物による報酬	円											
			基金	基	号			合計	円			
								金銭による報酬	円			
								現物による報酬	円			
								合計	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、個人情報を非選択被保険者、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

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。)