常務理事	事務長			担当

健康保険　被保険者 所　属　選　択 二以上事業所勤務　届

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭 7.平 9.令	年　月　日	個人番号※1												
					基礎年金番号												

	事業所整理記号 被保険者整理番号	1 事業所の名称 2 事業所の所在地 3 事業所担当者と連絡先電話番号 4 事業所が加入している健康保険組合等の名称	被保険者資格得喪年月日		報酬月額		標準報酬月額	
選　択 事業所		1	取得	年　月　日	金銭による報酬	円	健	千円
		2			現物による報酬	円		
		3 担当者:　電話　(　)	喪失	年　月　日	合　計	円		
		4						
非選択 事業所1		1	取得	年　月　日	金銭による報酬	円		
		2			現物による報酬	円		
		3 担当者:　電話　(　)	喪失	年　月　日	合　計	円		
		4						
非選択 事業所2		1	取得	年　月　日	金銭による報酬	円		
		2			現物による報酬	円		
		3 担当者:　電話　(　)	喪失	年　月　日	合　計	円		
		4						

【被保険者】

住所

電話　(　)

氏名

【個人情報利用等同意欄】

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、日本年金機構、及び事業主へ照会・提供し、これらの機関から回答を得ることがあります。

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

受付日付印

※1　被保険者等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。
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。

パレット健康保険組合
(2026.7.1)