

健康保険 被保険者 所属 選択 届
二以上事業所勤務

常務理事	事務長			担当

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

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

【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 情報を非選択保険者、日本年金機構、及び事業主へ照会・提供することがあります。 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。)

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。

本書面および添付書類に記載された内容や申請において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり、第三者に提供することはありません。