

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 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	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						
	被保険者整理番号	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						
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】	【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、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。
電話 ()	上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。
氏名	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。