

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)	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
(2024.12.2)