

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・主任	係員

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										
								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	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				取得 平成 年 月 日	金銭による報酬	円	健	千円	
				喪失 平成 年 月 日	現物による報酬	円			
					合計	円			
非選択 事業所				取得 平成 年 月 日	金銭による報酬	円			
				喪失 平成 年 月 日	現物による報酬	円			
						合計			円
				取得 平成 年 月 日	金銭による報酬	円			
				喪失 平成 年 月 日	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 印

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。
 ※ 被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。
 ※ 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。)