

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	係 員

被保険者氏名	(フリガナ)		生年 月 日	1.明 3.大 5.昭 7.平	年	月	日	※個人番号															
								基礎年金番号															

事業所	事業所整理記号 被保険者整理番号	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							
		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号							
選 択 事業所				取得	年 月 日	金銭による報酬	円	健	千円
						現物による報酬	円		
				喪失	年 月 日	合 計	円		
		基金	基 号						
非選択 事業所				取得	年 月 日	金銭による報酬	円		
						現物による報酬	円		
				喪失	年 月 日	合 計	円		
		基金	基 号						
				取得	年 月 日	金銭による報酬	円		
						現物による報酬	円		
				喪失	年 月 日	合 計	円		
		基金	基 号						

【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、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。
	平成 年 月 日
	氏名

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。）