

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	部長	課長	担当者

被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	5.昭	年	月	日	備考
				7.平				
				9.令				

事業所	被保険者証記号 (協会管掌の場合、年金事務所の事業所整理記号)		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		
	被保険者証番号 (協会管掌の場合、年金事務所の個人整理番号)		事業所所在地			取得	金銭による報酬	円	健	千円
	非選択事業所を管掌する保険者名		喪失	年			月	日		
選択 事業所										
							合計	円		
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
					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

【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。
	令和 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、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、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。）