常務理事	事務長	部長	課長	担当者

健康保険　被保険者 所属選択 二以上事業所勤務 届

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

事業所	被保険者等記号（協会管掌の場合、年金事務所の事業所整理記号） 被保険者等番号（協会管掌の場合、年金事務所の個人整理番号）	事業所名称 事業所所在地 非選択事業所を管掌する保険者名	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			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		
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】

住所

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、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、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。）