

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	業務課長	係

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

事業所	事業所記号	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			
	被保険者番号	事業所所在地			健康	厚	千円	千円		
選択 事業所			取得	年	月	日	金銭による報酬	円	健	千円
			喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
非選択 事業所			取得	年	月	日	金銭による報酬	円	厚	千円
			喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
			取得	年	月	日	金銭による報酬	円		
			喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
						合計	円			

被保険者	<p>【個人情報利用等同意欄】</p> <p>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。</p> <p>上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p>
住所	
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 厚生年金保険 資格取得届」の提出が必要です。

※ 誤記があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(フルネーム)をご記入ください。