

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) ケンポ	タロウ	生年月日	⑤.招	年	月	日	
	健保	太郎		7.平	4	8	0	9

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														
選 択 事業所	9999	ケンコウ倉庫 株式会社	取得	2	年	4	月	1	日	金銭による報酬	260,000	円	健	千円		
	1234	東京都〇〇区〇〇町1-2-3	喪失	年	月	日	現物による報酬	0	円	合計	260,000	円				
非選択 事業所	池袋 けくし	健保サービス 株式会社	取得	3	年	5	月	1	日	金銭による報酬	70,000	円			厚	千円
	3	東京都〇〇区〇〇町4-5-6	喪失	年	月	日	現物による報酬	0	円	合計	70,000	円				
			取得	年	月	日	金銭による報酬		円			円				
			喪失	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 東京都〇〇市〇〇町7-8-9	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。 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 3 年 5 月 10 日
氏名 健保 太郎	氏名 健保 太郎

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。