健康保険　被保険者 二以上事業所勤務所属選択届

常務理事	事務局長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭 7.平 9.令	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 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		被保険者資格得喪年月日		報酬月額		※ 健保記入欄 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		
		基金	基　号	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	厚	千円
		基金	基　号	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		
		基金	基　号	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。