

**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	担 当 者	担 当 者	

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	個人番号	
備 考								

事業所	健康保険 記号	事業所名称		被保険者資格 得 喪 年 月 日	報酬月額		加入の 健康保険 名称
	健康保険 番号	事業所所在地			金銭による報酬	円	
		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号		取得	年 月 日	現物による報酬	円
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
		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
		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】	【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、個人情報非選択被保険者、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

健保記入欄	
標準報酬月額	千円

-----  
受付印

【添付書類】

年金事務所より通知される「健康保険・厚生年金保険資格取得確認、二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書」等の写し