

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	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	年	月	日	※ 個人番号	・被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認する書類が必要です。									
			7.平														

事業所	事業所整理記号	事業所名称	被保険者資格			報酬月額		標準報酬月額	
	被保険者整理番号	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	得	喪	年月日	金銭による報酬	円	円	円
選択 事業所			取得	5.昭 7.平 9.令	年 月 日	金銭による報酬	円		健
			喪失	7.平 9.令	年 月 日	現物による報酬	円		
非選択 事業所			取得	5.昭 7.平 9.令	年 月 日	金銭による報酬	円		厚
			喪失	7.平 9.令	年 月 日	現物による報酬	円		
			取得	5.昭 7.平 9.令	年 月 日	金銭による報酬	円		厚
			喪失	7.平 9.令	年 月 日	現物による報酬	円		

② ① ※個人番号により届出する際の添付書類について次の①および②を添付してください。
① マイナンバーが確認できる書類・・・個人番号の表示がある住民票の写し、
② 身元確認書類・・・個人番号の表示がある住民票の写し、パスポートの写し、など
運送転免許証の写し、

【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。
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
	氏名

令和 年 月 日提出

(250401)
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。