

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	部長	課長	係長	担当者

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																	
	氏	名																							

選択事業所	被保険者等記号	被保険者等番号	選択事業所名称			資格取得	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	金銭による報酬		円	選択事業所標準報酬月額	
				選択事業所が加入している健康保険組合等の名称			資格喪失	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	現物による報酬		円	
											合計①		円	千円	

非選択事業所	非選択事業所名称			資格取得	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	金銭による報酬		円	選択事業所標準報酬月額		
	非選択事業所所在地			資格喪失	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	現物による報酬		円			
	〒 -													
	非選択事業所が加入している健康保険組合等の名称											報酬合計 ①+②		円
	非選択事業所が加入している健康保険組合等の所在地			報酬合計による標準報酬月額										
	〒 -													千円
												備考		

【被保険者】	〒 -	【個人情報利用等同意欄】
住民票住所		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 Ⓔ

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。  
被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。