健康保険　被保険者 所属選択 二以上事業所勤務 届

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
									現物による報酬	円	
			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	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	非選択事業所標準報酬月額
							現物による報酬	円	
	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	合　計 ②	円	千円
	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						
	非選択事業所を管轄する年金事務所の名称		備考						

【被保険者】

〒　　－

住民票住所

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。

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。

東京都農林漁業団体健康保険組合　R8.5