

**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				担当者

被保険者氏名	(フリガナ)		生年	5.昭	年	月	日
			年月日	7.平	.....	.....	.....
				9.令			

事業所	事業所整理記号	事業所名称		被保険者資格得喪年月日	報酬月額		※標準報酬月額		
		事業所所在地	事業所の担当者及び連絡先		金銭による報酬	円	健	千円	
選択事業所				取得	年 月 日	現物による報酬			円
				喪失	年 月 日	合計	円		
		担当者:      Tel:      (      )	金銭による報酬			円			
				現物による報酬	円				
非選択事業所				取得	年 月 日	金銭による報酬	円		
				喪失	年 月 日	合計	円		
		担当者:      Tel:      (      )	金銭による報酬			円			
				現物による報酬	円				
非選択事業所				取得	年 月 日	金銭による報酬	円		
				喪失	年 月 日	合計	円		
		担当者:      Tel:      (      )	金銭による報酬			円			
				現物による報酬	円				

<b>【被保険者】</b>	<b>【個人情報利用等同意欄】</b>
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及び日本年金機構並びに事業主へ照会・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。