

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	グループ統括	課長	係長	担当者

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭 平	年	月	日	標準報酬月額 (記入しないで下さい)	千円	年	月より適用

事業所	被保険者等 記号・番号	事業所の名称	被保険者資格 得喪年月日		報酬月額		備考		
	健康保険組合名	事業所所在地			事業主氏名	①金銭による報酬		②現物による報酬	
選択 事業所			取得	年	月	日	①金銭	円	
			喪失	年	月	日	②現物	円	
非選択 事業所							③合計	円	
			取得	年	月	日	①金銭	円	
			喪失	年	月	日	②現物	円	
							③合計	円	

被保険者	令和 年 月 日 提出
被保険者住所	【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、個人情報を非選択被保険者、事業主へ照会・提供することがあります。
被保険者氏名	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

※ 「賃金台帳」(取得月はすべての事業所分)・年金事務所発行の「二以上事業所勤務被保険者決定通知書(コピー)」・新たに適用となる事業所の「契約書」または「役職がわかる書類」を添付ください。