

**健康保険 被保険者 所属選択 届**  
**二以上事業所勤務**

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

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

選択事業所	事業所記号 - 被保険者番号		被保険者 資格得喪年月日		報酬月額		標準報酬月額 健 千円
	事業所名称		取得	年 月 日	金銭による報酬	円	
	事業所所在地			現物による報酬	円		
	事業所が加入している健康保険組合等の名称	日本製鉄健康保険組合		喪失	年 月 日	合計	
非選択事業所	事業所記号 - 被保険者番号		被保険者 資格得喪年月日		報酬月額		
	事業所名称		取得	年 月 日	金銭による報酬	円	
	事業所所在地			現物による報酬	円		
	事業所が加入している健康保険組合等の名称			喪失	年 月 日	合計	円
	事業所記号 - 被保険者番号		被保険者 資格得喪年月日		報酬月額		
	事業所名称		取得	年 月 日	金銭による報酬	円	
	事業所所在地			現物による報酬	円		
	事業所が加入している健康保険組合等の名称			喪失	年 月 日	合計	円

被保険者住所	〒	<p><b>【個人情報利用等同意欄】</b> 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。</p> <p>上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>
電話番号		
e-mail		

-----  
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。

【添付書類】 年金事務所より通知される「健康保険・厚生年金資格取得確認、二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書(写し)」