

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	ニッテツ	タロウ	生年月日						
被保険者氏名	日鉄	太郎	5.昭 7.平 9.令	5	0	1	1	1	1

選択事業所	事業所記号 - 被保険者番号	1234	56789	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	○△◇株式会社		取得 H○年 ○月 ○日	金銭による報酬	400,000		円
事業所所在地	〒123-4567 東京都○○区△町89			現物による報酬	30,000	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	430,000	円		
非選択事業所	事業所記号 - 被保険者番号	9876	54321	被保険者 資格得喪年月日	報酬月額			
	事業所名称	株式会社△△		取得 R△年 △月 △日	金銭による報酬	200,000		円
	事業所所在地	〒987-6543 ○○県△市3-2-1			現物による報酬	0		円
	事業所が加入している健康保険組合等の名称	△△健康保険組合		喪失 年 月 日	合計	200,000		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	〒 987-1230 ○○県○○市○○1-2-3	<p>【個人情報利用等同意欄】</p> <p>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>令和 ○年 ○月 ○日</p> <p>氏名 日鉄 太郎</p>
電話番号	○○○-○○○-○○○○	
e-mail	nittetsutaro@***.***.jp	

印

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)」