

健康保険

所 属 選 択 届
二 以 上 事 業 所 勤 務 届

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ	タロウ	生年月日	5.昭	年	月	日	基礎年金番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	健保	太郎		7.平															

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		
	被保険者整理番号	事業所所在地			報酬月額		標準報酬月額		
選 択 事業所	× ×	株式会社 健保産業		取得	× × 年 × × 月 × × 日	金銭による報酬	260,000 円	健	千円
	× × × ×	東京都 × × × ×		喪失	年 月 日	現物による報酬	0 円		
		× × 工業 基金	× × 基 × × 号		年 月 日	合 計	260,000 円		
非 選 択 事業所	× ×	健保サービス 株式会社		取得	× × 年 × × 月 × × 日	金銭による報酬	70,000 円	健	千円
	× × × ×	東京都 × × × ×		喪失	年 月 日	現物による報酬	0 円		
		基金	基 号		年 月 日	合 計	70,000 円		
				取得	年 月 日	金銭による報酬	円		
					年 月 日	現物による報酬	円		
		基金	基 号	喪失	年 月 日	合 計	円		

備考欄	
-----	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

【被保険者】	【個人情報利用等同意欄】
住所 東京都 × × × × × - × - ×	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、年金事務所、事業主へ照会・提供することがあります。
氏名 健保 太郎	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 健保 太郎

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。