

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	業務部長	適用課長	確認者	扱者

被保険者氏名	(フリガナ)	生年 月日	5.昭 7.平	年	月	日	※個人番号						
							基礎年金番号						

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	
	事業所記号 被保険者番号	事業所所在地			報酬月額			
		事業所が加入している健康保険組合等の名称						
選択 事業所		〒	—	取得	年 月 日	金銭による報酬	円	健
		電話番号 ()		喪失	年 月 日	現物による報酬	円	
		〒	—	取得	年 月 日	合計	円	
		電話番号 ()		喪失	年 月 日	金銭による報酬	円	
		〒	—	取得	年 月 日	現物による報酬	円	
		電話番号 ()		喪失	年 月 日	合計	円	

<p>【被保険者】</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>電話</p>	<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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>
---	--

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。
 ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、個人番号欄へ記入してください。(マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)