

健康保険 被保険者 所属 選 択 届
二 以 上 事 業 所 勤 務 届

課 長	係 長	係

被保険者 氏 名	(フリガナ)	生年月日	1.明	年	月	日	個人番号 または 基礎年金号 番 号													
			5.昭																	

事業所	事業所記号	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			
	被保険者番号	事業所所在地		金銭による報酬	円	厚	千円		
選 択 事業所		フリガナ	取得	年	月	日	円	健	千円
		〒 -	喪失	年	月	日	円		
			合計				円		
非選択 事業所		フリガナ	取得	年	月	日	円	厚	千円
		〒 -	喪失	年	月	日	円		
			合計				円		
		フリガナ	取得	年	月	日	円	厚	千円
		〒 -	喪失	年	月	日	円		
			合計				円		

【被保険者】	【個人情報利用等同意欄】
住所	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、事業主へ照会・提供することがあります。
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

※ 署名は【被保険者】【個人情報利用等同意欄】それぞれにお願いいたします。