

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	課長	係長	扱者

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭	年	月	日
			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		※
	被保険者整理番号	事業所所在地		取得	円	報酬月額(合計)
		事業所加入健康保険名称				
選択 事業所			年 月 日	金銭による報酬	円	円
			年 月 日	現物による報酬	円	
		合計	円			
非選択 事業所			年 月 日	金銭による報酬	円	※
			年 月 日	現物による報酬	円	
		合計	円	標準報酬月額		
						千円

【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、個人情報を非選択被保険者、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。
	年 月 日
	氏名

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。

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	課長	係長	扱者

被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ	タロウ	生年月日	5.昭	年	月	日	
	健保	太郎		7.平	〇	〇	0	4

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		※ 報酬月額(合計)	
	被保険者整理番号	事業所所在地		報酬月額			
		事業所加入健康保険名称					
選択 事業所	9999	株式会社 健保企画	取得	25年4月1日	金銭による報酬 〇〇〇 円	円	
		横浜市西区南幸〇-〇-〇			現物による報酬 円		
	5	首都圏デジタル産業健康保険組合	喪失	年 月 日	合計 〇〇〇 円		
非選択 事業所	×××	×××× 株式会社	取得	28年4月1日	金銭による報酬 ××× 円		※ 標準報酬月額
		神奈川県××市××区××2-2			現物による報酬 円		
	××	全国健康保険協会 神奈川支部	喪失	年 月 日	合計 ××× 円		
			取得	年 月 日	金銭による報酬 円	千円	
					現物による報酬 円		
			喪失	年 月 日	合計 円		

【被保険者】	【個人情報利用等同意欄】
住所 横浜市〇〇区〇〇町1-1	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。 上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。
氏名 健保 太郎	〇〇年 〇月 〇日 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。