

健康保険 被保険者 所属 選択 届
二以上事業所勤務

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当

フリガナ 被保険者 氏名	ケンポ	タロウ	生年月日	昭 平	年	月	日	基礎年金 番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	健保	太郎																

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 の合計	
	被保険者整理番号		事業所所在地			保険者名称			
選 択 事業所	100	三井物産〇〇〇〇株式会社		取得	昭和 平成 3 年 5 月 1 日	金銭による報酬	200,500 円	円	
		東京都中央区八重洲一丁目2番1号			令和	現物による報酬	円		
	15	MBK連合健康保険組合		喪失	令和 年 月 日	合 計	200,500 円		
非選 択 事業所	東 45	〇〇〇〇株式会社		取得	昭和 平成 2 年 1 月 1 日	金銭による報酬	150,000 円	標準報酬 月額	
		東京都千代田区内神田一丁目1番1号			令和	現物による報酬	円		
	1000	全国健康保険協会 〇〇支部		喪失	令和 年 月 日	合 計	150,000 円	千円	
				取得	昭和 平成 年 月 日	金銭による報酬	円		
						令和	現物による報酬		円
					喪失	令和 年 月 日	合 計		円

<p>【被保険者】</p> <p>住所 東京都目黒区中目黒1-10-1-205</p> <p>氏名 健保 太郎</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>令和 3 年 5 月 10 日</p> <p>氏名 健保 太郎</p> <p>健保 印</p>
---	---

受付印

注) 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。

注) 被保険者の押印について、署名(自筆)の場合は省略できます。