

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		生年月日	昭・平	年	月	日	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		※ 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			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		
			MBK連合健康保険組合	喪失	令和	年	月	日	合計		円
非選択 事業所			取得	昭和 平成	年	月	日	金銭による報酬	円	標準報酬 月額	
				令和				現物による報酬	円		
				喪失	令和	年	月	日	合計	円	
				取得	昭和 平成	年	月	日	金銭による報酬	円	千円
					令和				現物による報酬	円	
				喪失	令和	年	月	日	合計	円	

※健保  
保記  
入欄

【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。
	令和 年 月 日
	氏名 ⑩

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。