

健康保険 被保険者 所属 選択 届  
 二以上事業所勤務

被保険者の	
記号	番号

常務理事	事務長		担当者

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭	年	月	日	基礎年金番												
			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		※ 標準報酬月額					
	被保険者整理番号	事業所所在地										
選 択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬	円	健	千円	
								現物による報酬	円			
				喪失	年	月	日	合 計	円			
非選択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬	円	厚	千円	
								現物による報酬	円			
				喪失	年	月	日	合 計	円			
					取得	年	月	日	金銭による報酬	円		
									現物による報酬	円		
					喪失	年	月	日	合 計	円		

被保険者  
 住所  
 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 厚生年金保険 資格取得届」の提出が必要です。