

様式コード			
2	3	1	0

健康保険 被保険者所 属 選 択 届
厚生年金保険 被保険者二以上事業所勤務

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

【個人番号(マイナンバー)により届出する際の添付書類について】
 ①お本人が窓口で届出する場合は、お持ちのマイナンバーカード(マイナンバーカード)を提示してください。
 ②お持ちでない場合は、お持ちのマイナンバーカードを提示してください。
 ※本人が窓口で届出する場合は、お持ちのマイナンバーカード(マイナンバーカード)を提示してください。
 ※本人が窓口で届出する場合は、お持ちのマイナンバーカード(マイナンバーカード)を提示してください。
 ※本人が窓口で届出する場合は、お持ちのマイナンバーカード(マイナンバーカード)を提示してください。

被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	被保険者生年月日	5.昭 7.平 9.令	年	月	日	個人番号 (または基礎年金番号)										
--------	---------------	-----	----------	-------------------	---	---	---	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所	健康保険 被保険者証記号 厚生年金保険 事業所整理記号		事業所名称 事業所所在地		被保険者資格取得年月日		報酬月額		※ 標準報酬月額		
	被保険者整理番号		事業所が加入している健康保険組合等の名称 厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号		被保険者資格喪失年月日						
選択事業所	健	/			取得	年	月	日	金銭による報酬	円	千円
	厚	/							現物による報酬	円	
			健康保険組合		喪失	年	月	日	合計	円	健
			基金	基	号						
非選択事業所	健	/			取得	年	月	日	金銭による報酬	円	千円
	厚	/							現物による報酬	円	
			健康保険組合		喪失	年	月	日	合計	円	
			基金	基	号						
	健	/			取得	年	月	日	金銭による報酬	円	厚
	厚	/							現物による報酬	円	
			健康保険組合		喪失	年	月	日	合計	円	
			基金	基	号						

【被保険者】	【個人情報利用等同意欄】
住所	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

 受付印

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「資格取得届」の提出が必要です。また、すでに被保険者である場合は、被保険者証の整理番号が変更になりますので、現在交付されている被保険者証を添付してください。
 ※ 個人番号(または基礎年金番号)欄に基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。