

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】
 ※お本 個人番号
 身持ち人 番号
 1元イチが窓
 ナで窓
 (ナで窓
 実ない口
 送バいで
 場一場合
 合確が合書
 は書認はを
 と書認、提
 マ提類で出
 イ出きのす
 ナる①お場
 ン書書よは
 ン場類びは
 パ合↓②を
 カ↓をマす
 ↓た運通提
 ドた運通提
 表は転知し
 ・作免カし
 裏成許ーで
 両さ証、だ
 面れ、だ
 またパ、個
 は書ボ、番
 ①お事ト、
 およ業、有
 び所在
 ②担留住
 の当カ
 コ者、票
 ピ、ドの
 一社、写
 を保
 添付し
 労働
 士等
 だ等
 さい
 提出

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

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	健	千円
	厚	/			喪失	年 月 日	現物による報酬	円		
			健康保険組合				合計	円		
			基金	基 号						
非選択 事業所	健	/			取得	年 月 日	金銭による報酬	円	厚	千円
	厚	/			喪失	年 月 日	現物による報酬	円		
			健康保険組合				合計	円		
			基金	基 号						
	健	/			取得	年 月 日	金銭による報酬	円		
	厚	/			喪失	年 月 日	現物による報酬	円		
			健康保険組合				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

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。

※ 被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。