

健康保険 被保険者 所 属 選 択 届
二 以 上 事 業 所 勤 務

常務理事	事務長	部 長	課 長	係 長	係

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和	年	月	日
			平成			

事業所	事業所記号	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
	被保険者番号	事業所所在地		金銭による報酬	円	
選 択 事業所			取得 年 月 日	金銭による報酬	円	※ 千円
			喪失 年 月 日	現物による報酬	円	
				合 計	円	
非 選 択 事業所			取得 年 月 日	金銭による報酬	円	
			喪失 年 月 日	現物による報酬	円	
				合 計	円	
			取得 年 月 日	金銭による報酬	円	
			喪失 年 月 日	現物による報酬	円	
				合 計	円	

<p>【被保険者記入欄】</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>氏名</p>	<p>【個人情報利用等同意欄】</p> <p>当組合では、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 年 月 日</p> <p>氏 名</p>
---	--

受 付 日