

健康保険 被保険者 所属 選択 届
厚生年金保険 二以上事業所勤務

※組合使用欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭	年	月	日	
			7.平				
			9.令				

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			取得	喪失	金銭による報酬	現物による報酬
選 択 事業所				年 月 日		円	健	千円
				年 月 日		円		
	基金	基 号	年 月 日		円			
	厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号			円				
非選択 事業所				年 月 日		円	厚	千円
				年 月 日		円		
	基金	基 号	年 月 日		円			
				円				
				年 月 日		円	厚	千円
				年 月 日		円		
	基金	基 号	年 月 日		円			
				円				

被保険者	
住所	
氏名	(印)

令和 年 月 日提出

※ 新規加入の際にはそれぞれの事業所の「被保険者資格取得届」の提出が必要です。
 ※ 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。

受付印