

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

業務部長	適用課長	係長	係

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	1.明	年	月	日	基礎年金番	号									
			3.大														

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		※		
	被保険者整理番号	事業所所在地							標準報酬月額		
		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号									
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			
		基金	基 号	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			
		基金	基 号	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			
		基金	基 号	喪失	年	月	日	合 計	円		

被保険者 住所 氏名	Ⓜ
------------------	---

※ 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。
 また、すでに全国健康保険協会の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。

※ 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