

※組合使用欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

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

被保険者氏名	(フリガナ)	性別	1. 男 2. 女	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	個人番号	※										

事業所	事業所号	事業所名称	被保険者資格得喪年月日	報酬月額			備考		
	整理記号	事業所所在地		通貨	円	備考			
	被保険者号	加入する健康保険組合の名称						現物	円
選択事業所			取得	年	月	日	通貨	円	
			喪失	年	月	日	現物	円	
				合計	円				
非選択事業所			取得	年	月	日	通貨	円	
			喪失	年	月	日	現物	円	
				合計	円				
非選択事業所			取得	年	月	日	通貨	円	
			喪失	年	月	日	現物	円	
				合計	円				

令和 年 月 日 提出

被保険者	
住所	
氏名	

※ 健保組合に提出する際は個人番号の記入は不要です。  
 ※ 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。

受付印