

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

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	5.昭	年	月	日	基礎年金番号											
				7.平															

事業所	事業所整理記号	事業所名称		被保険者資格 取得喪失年月日			報酬月額		※ 標準報酬月額			
	被保険者整理番号	事業所所在地・連絡先等		法人番号								
選択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬		円	健	千円
				喪失	年	月	日	現物による報酬		円		
		基金	基	号				合計		円		
非選択 事業所 <small>(本社や人事等、請求先の住所を記入してください。)</small>				取得	年	月	日	金銭による報酬		円	厚	千円
				喪失	年	月	日	現物による報酬		円		
		電話番号		事業所が加入している健康保険組合			合計			円		
		担当部署 担当者名								円		
		基金	基	号								

被保険者	
住所	
氏名	(印)

※ 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

所属コード		—	社員番号															
-------	--	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 選択事業所がヤマトグループの場合、記入してください。

記入例

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

常務理事	事務長	課長	担当者

年金手帳や基礎年金番号通知を確認し、基礎年金番号を必ず記入してください。

被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ	タロウ	生年月日	5.昭	年	月	日	基礎年金番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	9	0
	健保	太郎		7.平	4	5	1		1	2	3									

事業所	事業所整理記号		事業所名称		被保険者資格取得喪失年月日		報酬月額		※標準報酬月額		
	被保険者整理番号		事業所所在地・連絡先等		取得		喪失		円		
選択事業所	杉並	けま	株式会社 健保産業		令和3年12月1日		金銭による報酬		円	健	千円
	12		東京都中央区銀座1-1-1		年 月 日		現物による報酬		円		
非選択事業所 <small>(本社や人事等、請求先の住所を記入してください。)</small>	基金		基金		合計		合計		円	厚	千円
	池袋	けくし	健保サービス株式会社		年 月 日		金銭による報酬		円		
	3		東京都大田区羽田3-2-1		事業所に勤務し、被保険者になった日を記入してください。		合計		円		
	3		電話番号 担当部署 担当者名		事業所が加入している健康保険組合		合計		円		
		基金		基金		基金		基金			

選択事業所または非選択事業所の名称及び所在地を記入してください。

事業所に勤務し、被保険者になった日を記入してください。

※ 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、すでに全国非選択事業所が加入している健康保険を記入してください。(協会けんぽ 等)

被保険者の住所、氏名等をご記入ください。

受付印

被保険者	東京都足立区梅田5-6-7	
住所	健保 太郎	
氏名	所属コード	
	社員番号	

※ 選択事業所がヤマトグループの場合、記入してください。