所 被保険者 健康保険

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	1.明 3.大 5.昭 7.平		年	月	F	基础番	楚年金 号						
事業所	事業所整理記号	9.4	業所名称				被得	保険 得喪 年	者 資	格口	報	B 酬月額		※ 標準	報酬月額	
	被保険者整理番号	厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号					存 茂 午		Л	H						
						取得	平成	年	:)	月 日	金銭による報酬		円		千円	
選 択事業所											現物による報酬	H P				
		基	基金基		号	喪失	平成	年	E J	月 月	合 計		円	健		
						取得	平成	年	.)	月 月	金銭による報酬		円			艮
							平成				現物による報酬	円	Ш			
非選択		基	基金基		号	喪失		年	<u>.</u>)	月日	合 計		円			貨
事業所						取得	平成	年	:)	月 月	金銭による報酬		円			足候身
							平成				現物による報酬	F	円			保険
		基	基金基		号	喪失		年	i)] [合 計		円			組合
【被保険者】			【個人情報利用当組合は、二以範囲において、	以上事業	听勤務	者の選択	適用・ 保険者	徴収及び	引継等へ照会	の事務に	ニ必要なることが					

上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。

令和

年

月

日

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「健康保険 資格取得届」の提出が必要です。

あります。

氏名

※ 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。

住所

氏名

受付印

非選択事業所に係る回答書

被保険者 記号-番号			_				
被保険者 氏名·性別					1. 男 2. 女		
被保険者 生年月日	昭和•平成	年 月			日		
非選択保険者名称 (保険組合名称)							
非選択保険者所在地	〒 −		電話	()		
資格取得日	令和	年	月		日		
標準報酬月額に かかる報酬月額				円			
非選択事業所名称							
非選択事業所 本社所在地	〒 −		電話	()		

上記のとおり、回答いたします。

令和 年 月 日

回答者(被保険者)