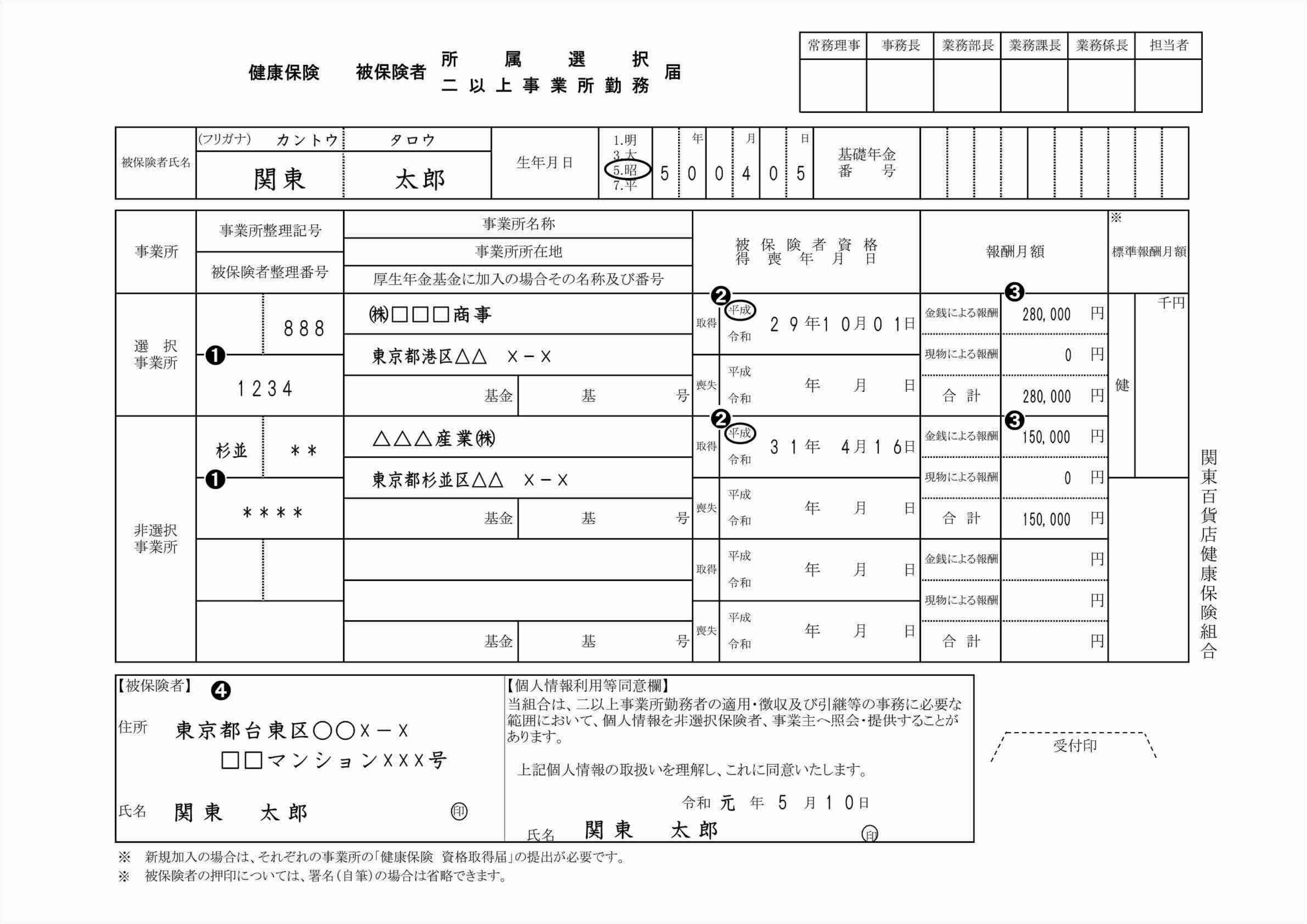
被保険者所属選択・二以上事業所勤務届　記入例



健康保険　被保険者　所属選択・二以上事業所勤務　届

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) カントウ　タロウ 関東　太郎	生年月日	1.明 3.大 [✓ 5.昭] 7.平	50年04月05日	基礎年金番号

事業所	事業所整理記号 被保険者整理番号	事業所名称 事業所所在地 厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号		被保険者資格得喪年月日	報酬月額		※標準報酬月額
選択事業所	888 ❶ 1234	㈱□□□商事	取得	❷ [✓ 平成] 令和 29年10月01日	金銭による報酬	❸ 280,000 円	健 千円
		東京都港区△△　X－X			現物による報酬	0 円	
		基金　基　号	喪失	平成 令和 年 月 日	合計	280,000 円	
非選択事業所	杉並　＊＊ ❶ ＊＊＊＊	△△△産業㈱	取得	❷ [✓ 平成] 令和 31年4月16日	金銭による報酬	❸ 150,000 円	
		東京都杉並区△△　X－X			現物による報酬	0 円	
		基金　基　号	喪失	平成 令和 年 月 日	合計	150,000 円	
			取得	平成 令和 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	平成 令和 年 月 日	合計	円	

関東百貨店健康保険組合

【被保険者】 ❹

住所　東京都台東区〇〇X－X
□□マンションXXX号

氏名　関東　太郎　㊞

【個人情報利用等同意欄】
当組合は、二以上事業所勤務者の適用・徴収及び引継等の事務に必要な範囲において、個人情報を非選択保険者、事業主へ照会・提供することがあります。

上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。

令和元年5月10日

氏名　関東　太郎　㊞

受付印

※　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。

※　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。

❶　記号・番号はそれぞれの保険証に記載されています。

❷　事業所に勤務し、被保険者資格を取得した日付をそれぞれご記入ください。

❸　それぞれの事業所（社会保険事務担当者）にご確認のうえ、ご記入ください。

❹　被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。

＜注意事項＞
※選択する事業所を決定し、選択する事業所にご提出ください。
※届出を行う際は、必ず、それぞれの事業所にご連絡のうえご提出ください。