

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

健康保険 被保険者 所 二 以上 事業 所 勤務 届 選 択 届

※ 年金から届きます『二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書』(選択及び非選択事業所分)を添付してください。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

非	-	選	-	※ 左記太枠欄は記載しないでください。					
フリガナ		生年	昭和	年	月	日	種別	1. 男	
氏名		月日	平成					2. 女	
住所	〒								
資格取得日 (非選択事業所より 報酬を受け始めた日)	令和	年	月	日	報酬 月額	①(通貨) 円 ②(現物) 円 ③(合計) 円	標準 報酬 月額	千円	
賞与支払予定月	月	月	月	月	(年 回支給)	賞与の支給はなし			

事業所が加入している 健康保険組合等	名称	
	住所	〒
	電話番号	()

【個人情報利用等同意書】

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、個人情報を非選択被保険者、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 年 月 日

氏名 _____

※この用紙は二以上勤務者の非選択事業所及び被保険者が記載していただく用紙になります。