

健康保険被保険者 所属選択届 二以上事業所勤務

部長	課長	係長	係

被保険者氏名	フリガナ	生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成
--------	---------------	------	---

事業所	事業所記号および被保険者番号		事業所情報		被保険者資格得喪年月日		報酬月額		標準報酬月額	
	記号	番号	名称	住所	取得	年月日	金銭による報酬	円		
選択事業所			名称:				金銭による報酬		千円	
			住所:				現物による報酬			円
			電話: ()				合 計			円
非選択事業所	/	/	名称:				金銭による報酬		千円	
			代表者名:				現物による報酬			円
			住所:				合 計			円
			電話: ()							

令和 年 月 日

〒

被保険者住所

被保険者氏名

被保険者電話 ()

【注意事項】

新規加入の場合は、「健康保険 被保険者資格取得届」の提出が必要です。

受付年月日

(3.2)