

健康保険  
厚生年金保険

被保険者 所属選択届  
二以上事業所勤務

所長	次長	課長	係長	係員

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	1. 明	年	月	日	基礎年金番 号												
			3. 大																

事業所	事業所整理記号	事業所名称		被保険者資格 得喪年月日		報酬月額		※ 標準報酬月額	
	被保険者整理番号	事業所所在地				金銭による報酬	円	健	千円
選 択 事業所		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号		取得	年 月 日	現物による報酬	円		
		基金	基 号	喪失	年 月 日	合 計	円		
非選択 事業所				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		
		基金	基 号	取得	年 月 日	合 計	円		
				喪失	年 月 日	現物による報酬	円		
		基金	基 号	取得	年 月 日	合 計	円		

被保険者	
住 所	
氏 名	Ⓜ

※ 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、すでに政府管掌健康保険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 -----