健康保険 厚生年金保険 被保険者 所属選択 二以上事業所勤務 届

事務センター長 所長	副事務センター長 副所長	グループ長 課長	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	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				取得	年 月 日	金銭による報酬	円	健	千円
						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		
						現物による報酬	円	厚	千円
		基金	基 号	喪失	年 月 日	合計	円		
				取得	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	年 月 日	合計	円		

被保険者

住所

氏名 印

※ 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、すでに全国健康保険協会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。

受付印

※ 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。