

健康保険 被保険者 所属 選択 届  
 厚生年金保険 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					5.昭	7.平										

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			取得	年	月	日	千円										
		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号								基金	基号	喪失	年	月	日	金銭による報酬	円	健	
選択 事業所																			
非選択 事業所																			

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