

健康保険 被保険者 所属 選択 届
二 以 上 事 業 所 勤 務 届

| | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 部 長 | 課 長 | 課長代理 | 係 長 | 係 員 |
| | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|------|-------------------------|---|---|---|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 5: 昭和 7: 平成 9: 令和 | 年 | 月 | 日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 事業所 | 事業所記号 | 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 | | |
|------------|--------|-------------|------|--------------------------|--|---|--|---|--|------|---------|-------------|---|----|
| | 被保険者番号 | 事業所所在地 | 事業主名 | | | | | | | 報酬 | | | | 単 |
| 選 択 事業所 | | 〒 - TEL () | 取得 | 5: 昭和 7: 平成 9: 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 金銭による報酬 | 円 | 健 | 千円 |
| | | | 喪失 | 5: 昭和 7: 平成 9: 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 現物による報酬 | 円 | | |
| | | | | | | | | | | | 合 計 | 円 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 非選択 事業所 | | 〒 - TEL () | 取得 | 5: 昭和 7: 平成 9: 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 金銭による報酬 | 円 | 厚 | 千円 |
| | | | 喪失 | 5: 昭和 7: 平成 9: 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 現物による報酬 | 円 | | |
| | | | | | | | | | | | 合 計 | 円 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 〒 - TEL () | 取得 | 5: 昭和 7: 平成 9: 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 金銭による報酬 | 円 | | |
| | | | 喪失 | 5: 昭和 7: 平成 9: 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 現物による報酬 | 円 | | |
| | | | | | | | | | | | 合 計 | 円 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

【被保険者】

〒 - 住所

氏名

【個人情報利用等同意欄】

当健康保険組合は、二以上事業所勤務者の適用・徴収及び引継ぎ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

令和 年 月 日提出
組合受付印

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「健康保険 資格取得届」が必要です。既に、東京都土木建築健康保険組合の被保険者である場合は、被保険者証の番号が変更となりますので「健康保険 資格喪失届」に現在交付されている被保険者証を添付して提出してください。