

健康保険 被保険者 所属 選択 届
二以上事業所勤務

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		年		月		日	個人番号										
				7:平成																	
			9:令和																		

事業所	事業所記号 (被保険者等記号)	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	
	被保険者等番号	事業所所在地	事業主名	取得	喪失	年	月	日	円	円				
選択 事業所				取得	5:昭和 7:平成 9:令和						金銭による報酬	円	健	千円
				喪失	5:昭和 7:平成 9:令和						現物による報酬	円		
											合計	円		
非選択 事業所				取得	5:昭和 7:平成 9:令和						金銭による報酬	円	厚	千円
				喪失	5:昭和 7:平成 9:令和						現物による報酬	円		
											合計	円		
					取得	5:昭和 7:平成 9:令和						金銭による報酬	円	
					喪失	5:昭和 7:平成 9:令和						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資格確認書(健康保険証)を添付して提出してください。