

健康保険 被保険者

所属選択 届

二以上事業所勤務

被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	1.昭 2.平	年	月	日	基礎年金 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（電話番号）						
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		
		Tel ()	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
		〒			現物による報酬	円		
		Tel ()	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
		〒			現物による報酬	円		
		Tel ()	喪失	年 月 日	合 計	円		

【被保険者】

住所〒

氏名

【個人情報利用等同意書】

当組合は2以上事業所勤務者の適用・徴収及び引継等の事務に必要な範囲において、個人情報を非選択保険者、事業主へ照会・提供することがあります。
上記個人情報の取り扱いを理解し、これに同意します。

令和 年 月 日

氏名

受付印

※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、すでに被保険者である場合は被保険者の記号番号が必要となります。

二か所以上の事業所で健康保険の被保険者資格を取得した場合は、二以上被保険者の手続きを先に年金事務所で行ってください。

届出受理後３週間程度で選択事業所と非選択事業所へ「健康保険・厚生年金保険資格取得確認、二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書」が年金事務所から通知されます。

当組合を選択保険者とする場合は、「所属選択・二以上勤務届」と「年金事務所の決定通知書」をあわせて当組合へご提出ください。

遡って二以上勤務の手続きをする場合は、二以上該当日により非選択事業所の算定基礎届、月額変更届、賞与支払届等が必要な場合があります。

その際は、別途提出依頼をさせていただきます。

組合管掌健保を保険者として選択する場合は、健保組合と管轄の年金事務所のそれぞれに届出が必要となります。協会けんぽと組合管掌健保の場合は保険料は按分負担となります。