

**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	点検者	担当者

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭	年	月	日	基礎年金番号						
			7.平										
マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。 なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。 <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)													
備考													

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								
選 択 事業所				取得	年 月 日	金銭による報酬	円	健	千円	
				喪失	年 月 日	現物による報酬	円			
	基金	基	号			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	
				喪失	年 月 日	現物による報酬	円			
		基金	基	号			合 計			円
					取得	年 月 日	金銭による報酬			円
				喪失	年 月 日	現物による報酬	円			
		基金	基	号			合 計	円		

【被保険者】	【個人情報利用等同意欄】
住所	当組合は、二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。
氏名	上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。
印	平成 年 月 日
	氏名 印

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」の提出が必要です。すでに中部アイティ産業健康保険組合の被保険者である場合は、現在交付されている被保険者証を添付して下さい。
 ※ 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。