

様式コード			
2	3	1	0

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

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

【個人番号（マイナンバー）を提示してください。お持ちでない場合は、次の①および②を提示してください。】
 ※ 個人番号（マイナンバー）により届出する場合は、マイナンバーカード（個人番号カード）を提示してください。
 ※ ① マイナンバー（実存）：郵便で届書を確認できる書類：通知カード、個人番号がある住民票の写し
 ※ ② 本人が窓口で届書を出したことを確認できる書類：マイナンバーカード、在留カードなど
 ※ ③ 届書提出の記録が確認できる書類：運転免許証、パスポート、在留カードなど
 ※ ④ および⑤の⑥のコピーを添付してください。管轄の年金事務所へお問い合わせください。

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	1.明	年	月	日	個人番号 (または基礎 年金番号)								
			3.大												

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 厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号						
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		
		基金	基 号	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		
		基金	基 号	喪失	年 月 日	合 計 円		
				取得	年 月 日	金銭による報酬 円	厚	
						現物による報酬 円		
	基金	基 号	喪失	年 月 日	合 計 円			

被保険者	(印)
住所	
氏名	

※ 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、すでに全国健康保険協会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。

※ 個人番号（または基礎年金番号）欄に基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めして記入してください。

※ 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。

令和 年 月 日提出

 受付印