

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

マイナンバーカードや年金手帳等を確認し、必ず記入してください。

被保険者氏名	(フリガナ) ねむり 知り	生年月日	1.明	年	月	日	個人番号 (または基礎 年金番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	年金 太郎		3.大 5.昭 7.平	4	5	1		1	2	3									

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			金銭による報酬	現物による報酬	
選 択 事業所	杉並 けま	株式会社 健保産業		取得 平成 12年 4月 1日	金銭による報酬 260,000円	0円	健 千円
	12	東京都 杉並区 1 - 2 - 3 - 4		喪失 年 月 日	合計 260,000円		
非選 択 事業所	池袋 けくし	健保サービス 株式会社		取得 平成 30年 6月 1日	金銭による報酬 70,000円	0円	
	3	東京都 豊島区 下池袋 3-2-1		喪失 年 月 日	合計 70,000円		

①本人番号(マイナンバー)により届出する際の添付書類について  
本人が窓口で届書を提出する場合は、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。お  
を提示してください。\*  
②身元(実存)確認書類  
③運送届書  
④おおよび⑤のコピーを添付してください。  
⑥管轄の年金事務所へお問い合わせください。

選択する事業所及び選択しない事業所を決め、該当欄に各事業所整理記号及び被保険者整理番号を記入してください。

選択事業所及び非選択事業所名称及び所在地を記入してください。

選択事業所及び非選択事業所で受ける報酬額につき記入してください。現物による報酬は、食事・住宅・通勤定期券など、通貨以外のもので受けたものを通貨に換算して記入してください。換算に当たっては、「厚生労働大臣が定める現物給与の価額」に基づきます。

被保険者  
住所 東京都杉並区浜田川2-3-1  
氏名 年金 太郎  
被保険者印

※ 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、なりま  
※ 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桁の番号を左詰めで記入してください。  
※ 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。

平成 30年 6月 20日 提出  
受付印

事業所に勤務し、被保険者になった日を記入してください。

被保険者が選択事業所を管轄する年金事務所へ提出した日を記入してください。

被保険者印を押印してください。ただし、被保険者が自ら署名した場合、押印は省略できます。