

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 3.大 6.昭 7.平 9.令	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		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 東京都 杉並区 1 - 2 - 3 - 4	取得 平成 22年 5月 1日	260,000円	0円	健
	12	工業 基金 ×× 基 999 号	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 東京都 豊島区 下池袋 3-2-1	取得 令和 元年 6月 1日	70,000円	0円	千円
	3	基金 基 号	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  
②マイナンバーが確認できる書類:通知カード、個人番号がある住民票の写し  
③身元(実存)確認書類:運転免許証、パスポート、在留カードなど  
※1 郵送で届書を出す場合は、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  
※2 表裏両面または①および②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。

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。現地による報酬は、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

被用者印 (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

令和 元年 6月 5日 提出  
受付印

事業所に勤務し、被用者になった日を記入してください。

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。

被保険者が選択事業所の事業主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。