

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**

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭 7.平 9.令	年	月	日	個人番号 (または基礎 年金番号)												
	(氏)																		

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									
選 択 事業所		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号		取得	年	月	日	通貨による報酬	円	健	千円
					喪失	年	月	日	現物による報酬		
		基金	基 号			合計	円				
				取得	年	月	日	通貨による報酬	円		
非選択 事業所				取得	年	月	日	通貨による報酬	円	厚	千円
					喪失	年	月	日	現物による報酬		
		基金	基 号			合計	円				
				取得	年	月	日	通貨による報酬	円		
				喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
基金	基 号				合計	円					

令和 年 月 日提出

被保険者
住 所
氏 名
電話番号

- ※ 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 被保険者資格取得届・厚生年金保険 70歳以上被用者該当届」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桁の番号を左詰めで記入してください。

-----  
受付日付印  
-----

【個人番号(マイナンバー)により届出する際の添付資料について】  
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。お持ちでない場合は、次の①および②を提示してください。※1

① マイナンバーが確認できる書類・・・個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)

② 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 ※2

※1 郵送で届書を提出する場合は、①および②のコピーを添付してください。

※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。

※ 上記以外の②身元(実存)確認書類については、管轄の年金事務所へお問い合わせください。