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 厚生年金保険 被保険者 所属選択 二以上事業所勤務 届

被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	個人番号 (または基礎年金番号)	

【個人番号(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、または作成された届書を事業所担当者や社会保険労務士等が提出する場合は、マイナンバーカード表裏両面または①および②のコピーを添付してください。
※2　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。

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	通貨による報酬	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	通貨による報酬	円		
					現物による報酬	円		
		基金　基　号	喪失	年　月　日	合　計	円	厚	千円
			取得	年　月　日	通貨による報酬	円		
					現物による報酬	円		
		基金　基　号	喪失	年　月　日	合　計	円		

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

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、基礎年金番号通知書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。