

様式コード

記入例

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

事務センター長 副事務センター長 グループ長 担当者
マイナンバーカードや基礎年金番号通知書等を確認し
必ず記入してください。

被保険者氏名 (フリガナ) **ネキン タロウ** (氏) **年金 太郎** 生年月日 **5.昭和 7.平成 9.令和** **4 5 1 1 2 3** 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**

選択事業所および非選択事業所の名称・所在地を記入してください。

事業所	事業所整理記号	事業所名称	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。	標準報酬月額
	被保険者整理番号	事業所所在地	得 喪 年 月 日	
選 択 事業所	杉並 ケマ	株式会社 健保産業	平成 22 年 5 月 1 日	千円
	12	東京都杉並区高井戸1-2-3-4		
非選択事業所	池袋 ケクシ	健保サービス 株式会社	令和 6 年 12 月 2 日	千円
	3	東京都豊島区下池袋3-2-1		

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

選択事業所または非選択事業所が厚生年金基金に加入している場合は、その名称と番号を記入してください。

選択事業所および非選択事業所で受ける報酬額を記入してください。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。※換算にあたっては、「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12-3-1**
氏 名 **年金 太郎**
電話番号 **03-1234-5678**

被保険者の住所、氏名等を記入してください。

※ 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、被保険者整理番号が変更になりますので、現在交付されている資格確認書および被保険者証を添付してください（交付されている場合のみ）。
※ 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。

令和 6 年 12 月 5 日提出

受付日付印