

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 被保険者 二 以 上 事 業 所 勤 務

被保険者氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	1.明	年	月	日	個人番号 (または基礎 年金番号)										
	(氏)			3.大	5.昭	7.平												

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				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				
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		
		基金	基	号		合計	円				

【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】
 ※ 1 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。
 ※ 2 ① マイナンバーカードが確認できる書類：通知カード、個人番号がある住民票の写し、運転免許証、パスポート、在留カードなど
 ※ 3 ② 本人(実存)確認書類：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。

被保険者	(印)
住所	
氏名	

※ 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。

※ 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 年 月 日 提出
 受付日付印