

健康保険 被保険者 所属 選択 届
二以上事業所勤務

常務理事	事務長	担当者	確認

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭	年	月	日	基礎年金番号										
			7.平														

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
 被保険者のマイナンバー記入欄

事業所	事業所記号	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					
	被保険者番号	事業所所在地			健康	厚	千円	千円				
選択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬	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	金銭による報酬	円	厚	千円	
								現物による報酬	円			
		基金	基	号	喪失	年	月	日	合計			円
					取得	年	月	日	金銭による報酬	円	厚	千円
								現物による報酬	円			
		基金	基	号	喪失	年	月	日	合計	円		

【被保険者】	【個人情報利用等同意欄】
住所	当組合は、二以上事業所勤務者の適用・徴収及び引継等の事務に必要な範囲において、個人情報を非選択被保険者、事業主へ照会・提供することがあります。
氏名	上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。
	令和 年 月 日
	氏名

受付印

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「健康保険 資格取得届」の提出が必要です。
 すでに中部アイティ産業健康保険組合の被保険者である場合は、現在交付されている被保険者証を添付してください。
 2023年4月更新