

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	マネージャー	リーダー	担当
決裁				

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

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		※ 報酬月額 の合計			
	被保険者整理番号	事業所所在地						保険者名称		
選択事業所			取得	年	月	日	金銭による報酬	円	円	
							現物による報酬	円		
			MBK連合健康保険組合	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	標準報酬 月額	
							現物による報酬	円		
				喪失	年	月	日	合計	円	
				取得	年	月	日	金銭による報酬	円	千円
								現物による報酬	円	
				喪失	年	月	日	合計	円	

※健保記入欄

【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。
	平成 年 月 日
Ⓜ	氏名 Ⓜ

受付印

注) 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。