様式コード			
2	3	1	0

常務理事	事務長	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

【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】
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。
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（実在）確認書類：運転免許証／パスポート／在留カードなど

被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	5.昭 7.平 9.令	年	月	日	基礎年金番号（または個人番号）	

事業所	事業所整理記号 / 被保険者整理番号	事業所名称 / 事業所所在地 / 事業所が加入している健康保険組合等の名称 / 厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号	被保険者資格得喪年月日		報酬月額		※標準報酬月額	
選択事業所			取得	年 月 日	金銭による報酬	円	健	千円
		千葉県建設業健康保険組合	喪失	年 月 日	現物による報酬	円		
		基金 基 号			合計	円		
非選択事業所			取得	年 月 日	金銭による報酬	円	健	千円
			喪失	年 月 日	現物による報酬	円		
		基金 基 号			合計	円		
			取得	年 月 日	金銭による報酬	円	厚	千円
			喪失	年 月 日	現物による報酬	円		
		基金 基 号			合計	円		

※「※」印欄は記入しないでください。

【被保険者】
住所

氏名

【個人情報利用等同意欄】
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、個人情報を非選択保険者、事業主へ照会・提供することがあります。

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 印

令和 年 月 日 提出

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。

＊ 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。