

健康保険被保険者 所属選択・二以上勤務届

<入力・提出時等の注意点>

・二ヶ所以上の事業所で健康保険の被保険者資格を取得した場合は、二以上被保険者の手続きを先に年金事務所で行ってください。届出受理後3週間程度で選択事業所と非選択事業へ「健康保険・厚生年金保険資格取得確認、二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書」が年金事務所から通知されます。

当組合を選択保険者とする場合は、「所属選択・二以上勤務届」と「年金事務所の決定通知書」をあわせて当組合へご提出ください。

・さかのぼって二以上勤務の手続きをする場合は、二以上該当日により非選択事業所の算定基礎届、月額変更届、賞与支払届等が必要な場合があります。その際は、別途提出依頼をさせていただきます。

・印刷はカラー、白黒のどちらでも構いません。

・印刷した際に、文字の途切れ等がないか必ず確認をお願いします。

◎「※」欄は記入しないでください。

健康保険 被保険者
所属選択届
二以上事業所勤務

課長	課長代理	係長	主任	担当者

表

令和 年 月 日提出

被保険者氏名		(フリガナ)		生年月日		昭和 平成	年	月	日	二以上 該当日	令和	年	月	日
選択 事業所	事業所記号		被保険者番号		被保険者資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	報酬月額①	円			
	事業所名称						非選択事業所の加入健康保険					※備考		
	事業所所在地	〒 - TEL ()					①							
							②							
非選択 事業所 ①	事業所記号		被保険者番号		被保険者資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	報酬月額②	円			
	事業所名称	(フリガナ)					事業主名	(フリガナ)						
	事業所所在地	〒 - TEL ()					事業主住所	〒 - TEL ()						
非選択 事業所 ②	事業所記号		被保険者番号		被保険者資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	報酬月額③	円			
	事業所名称	(フリガナ)					事業主名	(フリガナ)						
	事業所所在地	〒 - TEL ()					事業主住所	〒 - TEL ()						
被保険者住所		〒 -					報酬月額合計 (①+②+③)		円		※ 標準 報酬	千円		
被保険者氏名							受付日付印							
電話番号		TEL ()												

【添付書類】

年金事務所より通知される「健康保険・厚生年金保険資格取得確認、二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書」等の写し。

【記入の方法】

報酬月額①～③欄は、各事業所において決定された現在の報酬月額(定時決定、随時改定等によって算定した額)を入力してください。(直近の給与支給額ではありません)

◎「※」欄は記入しないでください。

健康保険 被保険者 所属選択届
二以上事業所勤務

課長	課長代理	係長	主任	担当者

表

令和 2 年 12 月 20 日提出

被保険者氏名		(フリガナ) オオクボ		タロウ		生年月日		平成	3	3	3	二以上該当日	令和	2	12	1		
		大久保		太郎					年	月	日			年	月	日		
選択事業所	事業所記号	1234	被保険者番号	123	被保険者資格取得日	令和	2	12	1	報酬月額(A)	300,000 円							
	事業所名称	KANTO株式会社					非選択事業所の加入健康保険					※備考						
	事業所所在地	〒 169 - 1699 東京都新宿区〇町2-2-2 TEL 03 (1111) 2222					① 協会けんぽ東京支部											
							② 〇〇健康保険組合											
非選択事業所①	事業所記号	1234567	被保険者番号	12	被保険者資格取得日	平成	30	4	1	報酬月額(B)	200,000 円							
	事業所名称	(フリガナ) カブシキガイシャ ケンポ 株式会社KENPO					事業主名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎										
	事業所所在地	〒 150 - 0013 東京都渋谷区〇町3-3-3 TEL 03 5555) 6666					事業主住所	〒 164 - 0001 東京都中野区〇台9-8-8 マンション中野302 TEL 090 (1111) 2222										
非選択事業所②	事業所記号	9999	被保険者番号	5	被保険者資格取得日	令和	2	10	1	報酬月額(C)	100,000 円							
	事業所名称	(フリガナ) カブシキガイシャ ケンポアイティ 株式会社健保IT					事業主名	(フリガナ) ケンポ ジロウ 健保 二郎										
	事業所所在地	〒 154 - 0001 東京都世田谷区〇町5-5-5 TEL 03 (2222) 0001					事業主住所	〒 142 - 0001 東京都品川区〇町4-4-4 TEL 03 (1234) 5678										
被保険者住所		〒 188 - 0014 東京都西東京市〇町9-8-7										報酬月額合計 (A+B+C)		600,000 円		※標準報酬		千円
被保険者氏名		大久保 太郎																
電話番号		TEL 090 (1234) 9876																

【添付書類】

年金事務所より通知される「健康保険・厚生年金保険資格取得確認、二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書」等の写し。

【記入の方法】

報酬月額(A)～(C)欄は、各事業所において決定された現在の報酬月額(定時決定、随時改定等によって算定した額)を入力してください。(直近の給与支給額ではありません)

関東ITソフトウェア健康保険組合

受付日付印