

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＞

・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。

・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。

【お願い】

非選択事業所も二以上勤務被保険者の保険料を当組合へ納付いただくこととなります。当組合からの郵便物を必ずご確認ください。

健康保険 被保険者 所 属 選 択 届
二 以 上 事 業 所 勤 務

課長

年金事務所から通知される「二以上勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書」が事業所に到着次第、速やかに当組合へご提出ください。

◎ 「※」欄は入力しないでください。

被保険者氏名		(フリガナ) オオキボ		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④	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を入力してください。 (例: 協会けんぽ○○支部、●●健康保険組合) ※備考欄										
	事業所所在地	〒 169 - 1699 東京都新宿区〇町2-2-2 TEL 03 (1111) 2222														
非選択 事業所	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⑤	200,000 円					
	事業所名称	(フリガナ) カブシキシャケンポ 株式会社KENPO				事業主氏名	(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) 9999				事業主住所	〒 164 - 0000 東京都中野区〇台9-9-9 マンション中野302 TEL 03 (2222) 1111									
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 (円)		500,000		円	※ 標準 報酬	500 千				
被保険者氏名		大久保 太郎				非選択事業所が協会けんぽの場合は、 その事業所の記号(7桁または8桁)を入力してください。 非選択事業所が当組合の場合は、その 事業所の記号(4桁以下)を入力してくだ										
電話番号		TEL 090 (1111) 2222														

【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」

【記入の方法】
1.報酬月額④及び報酬月額⑤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)

非選択事業所の事業主の
・自宅住所
・自宅電話番号または携帯電話番号
を必ず入力してください。