

健康保険被保険者 所属 選択 届 処理 伺
二以上事業所勤務

起案年月日		令和 年 月 日				
常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	係
下記被保険者より届出がありましたので、別紙決定処理伺にて、届出内容のとおり処理してよろしいか。						

健康保険被保険者 所属 選択 届
二以上事業所勤務

フリガナ						
被保険者氏名						
所属選択年月日 二以上事業所勤務		令和 年 月 日				
標準報酬月額		健康保険第 級 千円				
所属選択事業所			所属非選択事業所			
名称			名称			
所在地			所在地 (管轄)			
	記号	番号		記号	番号	
健康保険			健康保険			
標準月額	円		標準月額	円		

受付年月日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--