

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		平 成   年   月   日				
常 務 理 事	部 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						印
被 保 険 者 氏 名						
所 属 選 択 年 月 日 二以上事業所勤務		平 成   年   月   日				
標 準 報 酬 月 額		健 康 保 険 第   級   千 円				
証交付を受けている所属選択事業所			証交付を受けていない所属非選択事業所			
名 称			名 称			
所 在 地			所 在 地			
			(管轄)			
健 保 証	記号	番号	健 保 証	記号	番号	
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	
-----	--