

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 二以上事業所勤務 年月日	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	
-----	--