様式コード			
2	3	1	0

健康保険 厚生年金保険 被保険者所属選択二以上事業所勤務届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	被保険者生年月日	5.昭 7.平 9.令	年	月	日	個人番号(または基礎年金番号)	

事業所	健康保険 事業所整理記号	事業所名称	被保険者資格取得年月日		報酬月額		※ 標準報酬月額	
	厚生年金保険 事業所整理記号	事業所所在地						
	被保険者整理番号	事業所が加入している健康保険組合等の名称	被保険者資格喪失年月日					
		厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号						
選択事業所	健		取得	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	金銭による報酬	円	健	千円
	厚				現物による報酬	円		
		健康保険組合	喪失	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	合 計	円		
		基金 基 号						
非選択事業所	健		取得	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	金銭による報酬	円		
	厚				現物による報酬	円		
		健康保険組合	喪失	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	合 計	円	厚	千円
		基金 基 号						
	健		取得	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	金銭による報酬	円		
	厚				現物による報酬	円		
		健康保険組合	喪失	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	合 計	円		
		基金 基 号						

【個人番号（マイナンバー）により届出する際の添付書類について】

本人が窓口で届書を提出する場合は、マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちでない場合は、次の①および②を提示してください。※1

①マイナンバーが確認できる書類 ↓ 通知カード、個人番号がある住民票の写し

②身元（実存）確認書類 ↓ 運転免許証、パスポート、在留カードなど

※1 郵送で届書と提出する場合、または作成された届書を事業所担当者や社会保険労務士等が提出する場合は、マイナンバーカード表・裏両面または①および②のコピーを添付してください。

【被保険者】

住所

氏名

【個人情報利用等同意欄】

二以上事業所勤務者の適用・徴収及び年金等の事務に必要な範囲にて、個人情報を非選択保険者、事業主へ照会・提供することがあります

上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。

令和 年 月 日

氏名 ：

受付印

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「資格取得届」の提出が必要です。また、すでに被保険者である場合は、被保険者整理番号が変更になりますので、現在交付されている各証書（資格確認書や高齢受給者証）等を添付してください。

※ 個人番号（または基礎年金番号）欄に基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。