

健康保険 被保険者

所 属 選 択

届

二以上事業所勤務

部長	課長	課長補佐	チーフ	担当者

フリガナ		生年月日			
被保険者氏名		5.昭 7.平 9.令	年	月	日

選 択 事業所	事業所記号 - 被保険者等番号								被保険者 資格取得年月日			報酬月額	
	事業所 名称								取得	5.昭 7.平 9.令	年 月 日	金銭による報酬	円
	事業所 所在地	〒										現物による報酬	円
	電話番号	()										合 計	円
	保険者 番号	0	6	1	3	7	2	0	2				
	保険者 名称	東京電子機械工業健康保険組合											
非選択 事業所	事業所記号 (記入不要)								被保険者 資格取得年月日			報酬月額	
	事業所 名称								取得	5.昭 7.平 9.令	年 月 日	金銭による報酬	円
	事業所 所在地	〒										現物による報酬	円
	電話番号	()										合 計	円
	保険者 番号												
	保険者 名称												
	事業所記号 (記入不要)								被保険者 資格取得年月日			報酬月額	
	事業所 名称								取得	5.昭 7.平 9.令	年 月 日	金銭による報酬	円
	事業所 所在地	〒										現物による報酬	円
	電話番号	()										合 計	円
	保険者 番号												
	保険者 名称												

被保険者住 所	〒
電話番号	(日中のご連絡先) ()

※新規加入の場合は、それぞれの事業所の「被保険者資格取得届」の提出が必要です。
※ご不明な点がございましたら、東京電子機械工業健康保険組合 適用課 (03-3841-1451) までお問い合わせください。

受付印

【個人情報利用等同意欄】

二以上事業所勤務者の適用・徴収及び引継等の事務に必要な範囲において、当組合が個人情報を非選択被保険者、事業主へ照会・提供することに同意します。

署名(自筆) 提出日 令和 年 月 日