

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	デンシ	タロウ	生年月日						
被保険者氏名	電子	太郎	5.昭 7.平 9.令	0	5	0	1	0	1

各事業所で資格取得した年月日をご記入ください。

選 択 事業所	事業所記号 - 被保険者等番号	77	12	被保険者 資格取得年月日		報酬月額			
	事業所 名称	〇〇〇〇株式会社		取得	5.昭 7.平 9.令	30 年 4 月 1 日	金銭による報酬 500,000 円		
	事業所 所在地	〒 111-1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3					現物による報酬 0 円		
	電話番号	03 ( 1234 ) 5678					合 計 500,000 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	株式会社△△		取得	5.昭 7.平 9.令	8 年 2 月 1 日	金銭による報酬 100,000 円		
	事業所 所在地	〒 555-5555 大阪府大阪市〇〇区〇〇町1-2-3					現物による報酬 0 円		
	電話番号	06 ( 9876 ) 5432					合 計 100,000 円		
	保険者 番号								
	保険者 名称	□□□健康保険組合							
	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	非選択事業所についても、必ずご記入をお願いします。		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									

直近の標準報酬(実額)をご記入ください。  
標準報酬(実額)が不明な場合は、各事業所(健康保険事務担当者)にご確認ください。

被保険者住所	〒 111-2222 東京都△△区△△町4丁目5番6号
電話番号	(日中のご連絡先) 080 ( 9999 ) 9999

※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) 電子 太郎 提出日 令和 8 年 2 月 10 日

東京電子機械工業健康保険組合  
XLSX26.02