

所属選択  
届  
二以上事業所勤務  
健康保険 被保険者

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	○○○○株式会社			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○○区○○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)				報酬月額		
	事業所 名称	株式会社△△			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○○区○○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)	非選択事業所についても、必ずご記入 をお願いいたします。			被保険者 資格取得年月日		報酬月額
	事業所 名称				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	〒 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