

# 健康保険被保険者 所属 選択 届

二以上の事業所勤務

常務理事	事務局長	課長	課長代理	係長	係

被保険者氏名		生 年 月 日		昭 ・ 平	年	月	日	性 別	男 ・ 女	
保 険 者	選 択		事業 所 名 称		事業 所 所 在 地  電話番号 (      )			被 保 険 者 証 の	記 号 番 号	
	非選択							記 号 番 号		
報 酬 月 額	選 択		報 酬 月 額 合 計		二以上の事業所に勤務するようになつた年 月 日			年 月 日		
	非選択	円			円	備 考				

上記のとおり、保険者を選択したので届出いたします。

令和      年      月      日

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

被保険者
住 所
氏 名
電話番号 (      )

①	非選択事業所 担当者氏名	
②	非選択事業所の 主な事業	
③	選択事業所との 取引内容と金額	

※ ③は選択事業所との取引関係についてご記入ください。  
 [記入例] 取引の内容：医療機器のリース 月30万円

受 付 日 付 印