

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	〒 				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
取引がない場合は、「取引なし」とご記入ください。

受 付 日 付 印

・ご提出いただく際は、金額などに相違がないかを確認させていただくため年金事務所からの二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書の写しをを必ず添付してご提出ください。