

記入例

健康保険 被保険者 所属 選択 届
 厚生年金保険 二以上事業所勤務

年金手帳や基礎年金番号通知書を確認し、基礎年金番号を必ず記入ください。

被保険者氏名	(フリガナ) ネンキン	タロウ	生年月日	1.明 3.大 5.昭 7.平	年	月	日	基礎年金番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	年金	太郎		4	5	1	1	2	3

事業所	事業所整理記号	事業所名称		被保険者資格 得喪年月日			報酬月額		※ 標準報酬月額					
	被保険者整理番号	厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号					金銭による報酬	円						
選択 事業所	杉並 けま 12	株式会社 健保産業		取得	平成 12	年	4	月	1	日	金銭による報酬	260,000	円	健
		東京都杉並区高井戸1-2-3									現物による報酬	0	円	
	△△工業 基金 ×× 基 999 号		喪失	年	月	日	合計	260,000	円					
非選択 事業所	池袋 けくし 3	東京都豊島区南池袋3-2-1		取得	平成 23	年	6	月	1	日	金銭による報酬	70,000	円	千円
		健保サービス 株式会社									現物による報酬	0	円	
	選択事業所又は非選択事業所が厚生年金基金に加入している場合は、その名称と番号を記入してください。		喪失	年	月	日	合計	70,000	円					
				取得	年	月	日			金銭による報酬	円			

選択する事業所及び選択しない事業所を決め、該当欄に各事業所整理記号及び被保険者整理番号を記入してください。

選択事業所及び非選択事業所で受ける報酬額につき記入してください。現物による報酬は、食事・住宅・通勤定期券など、通貨以外のもので受けたものを通貨に換算して記入してください。※換算に当っては、「厚生労働大臣が定める現物給与の価額」に基づきます。

事業所に勤務し、被保険者資格を取得した日を記入してください。

選択事業所及び非選択事業所の各事業所名称及び所在地を記入してください。

被保険者
 住所 **東京都杉並区浜田川1-2-3**
 氏名 **年金 太郎** (印)

押印してください。ただし、被保険者が自ら署名した場合、押印は省略できます。

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「健康保険 厚生年金保険 資格取得届」の提出が必要で
 また、すでに全国健康保険協会の被保険者である場合は、現在交付されている被保険者証を
 ※ 被保険者の押印については、署名(自筆)の場合