

健康保険
厚生年金保険

被保険者 所属選択届
二以上事業所勤務

常務理事	事務長	係

被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭 平	年	月	日	基礎年金番 号												

事業所	事業所記号	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	事業所所在地			報酬月額		標準報酬月額				
選択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬	円	健	千円
				喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
		基金	基	号	合計	円					
非選択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬	円	厚	千円
				喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
		基金	基	号	合計	円					
				取得	年	月	日	金銭による報酬	円		
				喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
		基金	基	号	合計	円					

被 保 険 者 の	住所	〒	
	氏名		(印)

※ すでに公文健康保険組合の被保険者である場合は、現在交付されている「保険証」を添付してください。

受付印

※ 被保険者の押印については、署名(自書)の場合は省略できます。