

名古屋木材 健康保険組合 被保険者 所属選択届
二以上事業所勤務

常務理事	総務課長	業務課長	担当者

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭 7.平 9.令	年	月	日
--------	--------	------	-------------------	---	---	---

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
 - ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
- 被保険者のマイナンバー記入欄

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
	被保険者番号	事業所所在地					
選択事業所			取得	年	月	日	金銭による報酬 現物による報酬
			喪失	年	月	日	合計
非選択事業所			取得	年	月	日	金銭による報酬 現物による報酬
			喪失	年	月	日	合計

【被保険者】

住所

氏名

【個人情報利用等同意欄】

当組合は、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、個人情報を非選択保険者、事業主へ照会・提供することができます。

上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。

令和 年 月 日

氏名

受付印

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「健康保険 資格取得届」の提出が必要です。