

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

【被保険者】	【個人情報利用等同意欄】
住所	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、個人情報を非選択被保険者、事業主へ照会・提供することがあります。
氏名	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。