・太枠内にもれなく記入の上、押印して下さい。
・この書類を不備なく提出しない限り健康保険証が発行されず、また、厚生年金に加入することもできませんので、遅延なく提出願います。

健康保険
厚生年金保険
被保険者資格取得届

健康保険・厚生年金保険資格取得届

記入のしかた

フリガナ 氏名	ツクバ　タロウ 筑波　太郎　(男)・女		生年月日	昭和　年　月　日	被扶養者の有無 (有)・無　（有の場合、被扶養者届け提出）
部課名	附属病院　医員　／　附属病院　医員（研修医）		給与の種別		
フリガナ 現住所	ツクバシアヅマ 〒３０５－００３１ 茨城県つくば市吾妻〇丁目１－２－３		日給・時給額		
	今回の採用日		通勤手当		
採用年月日	平成30年〇月□日	年金手帳の有無　(有)　無（有の場合は添付）	現物による支給		
基礎年金番号	―　―（有の場合記入）		月収額		円
採用以前の勤務場所に関する事項	事業所名	○○病院	月間勤務日数		
	所在地	水戸市○○１－１－１			
	採用年月日	平成２４年４月１日			

【被扶養者の有無】どちらかを〇で囲む。
・被扶養者が[有]の場合は、お渡ししている他にも書類が必要となりますので、提出時に必ず扶養家族がいることを申し出て下さい。※この書類で有に〇をつけたり、扶養親族等（異動）申告書に配偶者や子を記入しただけでは、被扶養者の保険証は発行されませんのでご注意下さい。

給与の種別～月間勤務日数の欄は事務担当で記入します。

【基礎年金番号】
・記入がないと資格取得手続きができません。必ず記入して下さい。
・年金手帳をお持ちの場合は、コピーを添付して下さい。

上記のとおりですから、よろしくお願いします。

筑　波　大　学　殿

実際の記入日ではなく、採用日以降の日付で記入してください

平成　年　月　日

押印して下さい。

氏　名　筑波　太郎　筑波 印

（備考　１．被扶養者を有する者は、事務担当者より被扶養者届の用紙の交付を受け、必要事項を記入し同時に提出のこと。
また被扶養者でなくなった時は速やかに申し出ること。
２．季節的業務のため使用される者（４か月以内）、また２か月以内の期間を定めて使用される者等は、届け出る必要はありません。