

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日	被扶養者の 有 無	有 ・ 無
氏名		男 ・ 女 ※有の場合、被扶養者届提出						
所属名		所属事務担当者記入欄						
フリガナ		職員番号						
住民票住所	〒	給与の種別	時間給 (週 h) (@ 円) ・ 臨時的任用					
		通勤手当	円 (一か月あたり) A					
現住所 ※上記と異なる場合のみ記入	〒	共済担当者記入欄						
		基本月額	円 B					
		現物による支給	円 C					
資格取得年月日	平成 年 月 日	月収額	円 A+B+C					
基礎年金番号	- (基礎年金番号がわかるものの写を添付)	標準報酬月額	千円					
<p>上記のとおり、届出いたします。</p> <p>筑波大学長 殿</p> <p>平成 年 月 日 氏名 印</p>								

(備考) 太枠内は被保険者が記入してください。
所属事務担当者記入欄は必ず記入してください。

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届

被扶養者がいる場合は、別途書類が必要となりますのでお申し出ください。

フリガナ	ツクバ タロウ	生年月日	昭和 平成	3年 12月 25日	被扶養者の有無	有・無
氏名	筑波 太郎					有・無
所属名	附属病院リハビリテーション部	所属事務担当者記入欄				
フリガナ	イバラキケンツクバシアマクボ1-2-3	職員番号				
住民票住所	〒123-4567 茨城県つくば市天久保1-2-3	給与の種別	時間給(週 h)(@ 円)・臨時的任用			
現住所	イバラキケンツクバシカスガ1-2-3カスガアパート123ゴウシツ 〒123-8910 茨城県つくば市春日1-2-3カスガアパート123号室	通勤手当	円(一か月あたり) A			
※上記と異なる場合のみ記入		共済担当者記入欄				
資格取得年月日	平成 30年 4月 1日	基本月額	円 B			
基礎年金番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0 (基礎年金番号がわかるものの写を添付)	現物による支給	円 C			
		収額	円 A+B+C			
		標準報酬月額	千円			

所属がわからない場合は空欄でご提出ください。

採用日をご記入ください。勤務開始日と異なる場合があります。

資格取得年月日(採用日)をご記入ください。

捺印してください。

上記のとおり、届出いたします。

筑波大学長 殿

平成 30年 4月 1日 氏名 筑波 太郎

筑波

(備考) 太枠内は被保険者が記入してください。
所属事務担当者記入欄は必ず記入してください。