

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	筑波大学附属病院		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	日給	円				
		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。