

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	附属病院	<b>所属事務担当者記入欄</b>						
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	〒	<b>共済担当者記入欄</b>						
		基本月額	円				B	
		現物による支給	0 円				C	
資格取得年月日	令和 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>令和 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 2月 10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	所属事務担当者記入欄				
フリガナ	イバラキケンツクバシテンノウダイ	職員番号				
住民票住所	〒 305-8577 茨城県つくば市天王台1-〇-△	採用日以降の住民票住所をご記入ください。 ※年金機構から郵便物(年金定期便等)が届きます。 現住所への送付をご希望される場合は、現住所をご記入ください。				
現住所 ※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	令和 元年 4月 1日	基本月額	円	B		
基礎年金番号	1234 - 567890	現物による支給	0 円	C		
		月収額	円	A+B+C		
		標準報酬月額	千円			

採用日をご記入ください。

資格取得年月日(採用日)をご記入ください。

氏名は直筆で記入してください。

捺印してください。

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。