

加入員証をお持ちの方は加入員番号をご記入ください。新規加入者の方は記入不要です。

事業所番号をご記入ください。

ご注意
用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれないようにご記入ください。

健康保険 被保険者資格取得届																			
届書コード	200	処理区分	東	事業所番号	180 WPX 00000 阪基	厚生年金基金番号	0238	金の事業所番号	101184	頁番号									
被保険者の氏名	ネンキン タロウ		生年月日	020406	種別	新1-共3	取得分	1234567890	資格取得年月日	240401	標準報酬月額	192,000	通貨によるもの額	200	現物によるもの額	8,880	合計	200,880	
加入員番号	29	加入員番号	540-0037	被保険者住所	大阪府 大阪市中央区内平野町0-0-0	事業所住所	大阪府 大阪市中央区内平野町0-0-0	再取得が明らかであった者		再取得が明らかであった者		再取得が明らかであった者		再取得が明らかであった者		再取得が明らかであった者		再取得が明らかであった者	
事業所所在地	〒540 0037 大阪市中央区内平野町 3-2-5		事業所名称	大阪薬業厚生年金基金		事業主氏名	理事長 葉業 一郎	電話	06 (6945) 1021	事業主印		社会保険労務士の							

郵便番号、ご住所をご記入ください。

資格取得年月日、報酬（通貨、現物）、標準報酬月額をご記入ください。

いずれかを○で囲んでください。
事業所間移動：定年後再雇用など資格喪失後、再び同日付けで資格を取得するとき
新規加入者：初めて基金に加入されるとき
再加入者：基金の年金の受給権を無い人が再び資格を取得されたとき
再取得が明ら：「再取得が明らかなもの」で資格をかであった者 喪失した人が再び加入されたとき
受給権者：基金の年金の受給権を有する人が再び資格を取得されたとき

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。