

# 組合員資格取得届書

採用日現在の住所を記入して下さい。  
住所未定の場合は空白で構いません。

法人番号	記入不要
職員番号	記入不要

様式第13号

\*印の箇所は記載漏れのないようにしてください。

所属機関名	(病院名) 大阪 急性期・総合医療センター	職名	医師・ 看護師等	(フリガナ) 氏名	びょういん はなこ 病院 花子					
*現住所	(フリガナ) *〒〇〇〇 -△△△△ 〇〇し〇〇ちょう〇ちょうめ 〇〇市〇〇町〇丁目△△-△	生年月日 及び性別	⑤・H・R 男 60年4月10日 ⑥女							
資格取得前に所属していた組合名	国共済・地共済・市町村共済等の組合名) 大阪府市町村職員共済組合		資格取得年月日 (復職年月日)	令和 年 月 日						
営利法人に派遣されていた場合は法人名	年金の種類		年金証書記号番号	年金額	備考					
資格取得前に有していた恩給法、退職年金条例、共済法、国の旧法、国の新法又は新法の規定による年金である給付				円						
*基礎年金番号	記号		番号							
	1	2	3	4	5		6	7	8	9
上記のとおり組合員の資格を取得しましたので届け出ます。 地方職員共済組合大阪府支部長 様 令和 年 月 1 日 氏名 病院 花子										
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長									

他の共済組合からの転入者や、過去に国民年金・厚生年金等の公的年金制度に加入したことがある場合は、必ず基礎年金番号を記載してください。

組合員証を交付します。

令和 年 月 日

事務長	調査	原票
(総括主査専決) 記入不要	記入不要	記入不要