

記入例  
(学生→府立病院機構)

年金加入期間等報告書

ふりがな	びょういん はなこ		所属機関名	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター									
組合員氏名	病院 花子												
(旧氏名)	大阪 花子		職員番号	○○○○○○									
生年月日	昭和・平成 60 年 4 月 10 日		基礎年金番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
年金加入期間	年金制度	就職年月日	退職年月日	勤務先等				備考					
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成・令和 20年 6月 9日	昭和・平成・令和 22年 3月 31日	学生				学生納付特例					
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日										
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日										
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日										
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日										
学生納付特例の申請期間のうち 未納付期間があれば記入する ⇒		昭和・平成・令和 20年 6月 9日	昭和・平成・令和 23年 6月 30日										
年金未加入期間等		昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日										
		昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日					採用日現在の住所をご記入 下さい。住所未定の場合は 空白で構いません。					
地方職員共済組合大阪府支部長 様 令和 4 年 月 1 日 組合員 住 所 ○○市○○町○丁目△△-△ 氏 名 病院 花子													

<記入の際は、裏面をご覧ください>

- ※「年金制度」の厚生年金の被保険者の種別（イ～オ）は以下のとおり
- 「イ 厚生年金」・・・ウ～オ以外の厚生年金保険の被保険者
- 「ウ 国共済」・・・国家公務員共済組合の組合員である厚生年金保険の被保険者
- 「エ 地共済」・・・地方公務員等共済組合の組合員である厚生年金保険の被保険者
- 「オ 私学共済」・・・私立学校教職員共済制度の加入者である厚生年金保険の被保険者

年金加入期間等報告書

記入例  
(過去に職歴あり)

ふりがな	びょういん はなこ		所属機関名	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター									
組合員氏名	病院 花子												
(旧氏名)	大阪 花子		職員番号	○○○○○○									
生年月日	昭和・平成 60 年 4 月 10 日		基礎年金番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
年金加入期間	年金制度		就職年月日	退職年月日		勤務先等			備考				
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成 令和 15 年 4 月 9 日	昭和・平成 令和 17 年 3 月 31 日	学生			学生納付特例						
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成 令和 17 年 4 月 1 日	昭和・平成 令和 18 年 9 月 30 日	〇〇市立〇〇病院			〇〇県 市町村職員 共済組合						
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成 令和 18 年 10 月 1 日	昭和・平成 令和 19 年 3 月 31 日	無職 (被扶養配偶者)									
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成 令和 19 年 4 月 1 日	昭和・平成 令和 20 年 3 月 31 日	〇〇病院									
	ア 国民年金 イ 厚生年金 ウ 国共済 エ 地共済 オ 私学共済 カ その他	昭和・平成 令和 20 年 4 月 1 日	昭和・平成 令和 22 年 3 月 31 日	独立行政法人 国立病院機構 〇 〇 病院									
学生納付特例の申請期間のうち 未納付期間があれば記入する ⇒		昭和・平成 令和 年 月 日	昭和・平成 令和 年 月 日										
年金未加入期間等		昭和・平成 令和 年 月 日	昭和・平成 令和 年 月 日										
		昭和・平成 令和 年 月 日	昭和・平成 令和 年 月 日				採用日現在の住所をご記入 下さい。住所未定の場合は 空白で構いません。						
地方職員共済組合大阪府支部長 様 令和 4 年 月 1 日				組合員 住 所 〇〇市〇〇町〇丁目△△-△ 氏 名 病院 花子									

<記入の際は、裏面をご覧ください>

※「年金制度」の厚生年金の被保険者の種別(イ～オ)は以下のとおり  
 「イ 厚生年金」・・・ウ～オ以外の厚生年金保険の被保険者  
 「ウ 国共済」・・・国家公務員共済組合の組合員である厚生年金保険の被保険者  
 「エ 地共済」・・・地方公務員等共済組合の組合員である厚生年金保険の被保険者  
 「オ 私学共済」・・・私立学校教職員共済制度の加入者である厚生年金保険の被保険者