

Health Insurance Enrollment Form for
MEXT Mutual Aid Association Short-Term

短期組合員資格取得届

◆ This form must be filled out in **JAPANESE**.
◆ English instructions are for reference only and are intended to help understand what information is required for enrollment.

支部長 局

Male (男) or Female (女)

フリガナ 氏 名	トウコウ タロウ Your name in Japanese katakana		性 別 Gender	被扶養者の有無 Dependent	個人番号 Individual Number / "My Basic pension no."	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
	東工 太郎 Your name		男	無		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0											
所 属 局 (部) 課 名	〇〇学院 Affiliation (School, Department, etc.)		生年月日 Date of birth	昭和 2 年 2 月 2 日 平成	資格取得年月日 Date of enrollment	令和 6 年 1 月 1 日 Japanese year Month Day											
フリガナ 住 所	Your address in Japanese katakana 〒 Zip code Your mailing address		If you have any eligible dependents to be covered, please select "有" and attach necessary forms and supporting documents to enroll them. For details, please contact the Employee Benefits Group at jin.fuk@jim.titech.ac.jp. If not, select "無."														
資格取得前の勤務先に関する事項	Information on your previous employer or health insurance (If you just moved to Japan, write the name of country you lived in right before relocating.)		〇〇株式会社 Name of employer 〇〇保険組 Name of health insurance provider (association, etc.)														
国家公務員共済組合法施行規則第87条の2の規定により届け出ます。 文部科学省共済組合 東京工業大学支部長 殿 令和 6 年 1 月 3 日 Japanese year Month Day 氏 名 東工 太郎 Print your name (must be handwritten)																	
組 合 員 証 番 号	備考	組 合 員 証 交 付 年 月 日		兼 業 の 有 無		整理簿											
職員番号(8桁) Staff ID no.	12345678	• If you work for another employer and are covered by their health insurance program (i.e., you have a health insurance card issued by them), please circle "有" and provide the name of employer and enrollment date. • If not, circle "無" and leave other fields blank.		Do you work for another employer? 有・無 Yes・No		※兼業「有」の場合 事業所名 Name of employer 加入日 Date of enrollment											

被扶養者のある組合員は、この届書と
注. 1. フリガナは入力するとカタカナで表示されます。姓と名の区切りでは一字分あけること。
2. 氏名は住民票の記載通りに記入してください。

※本務以外で給与を得ている場合は 有