

近畿薬剤師国民健康保険組合加入について

加入できる方

1種組合員(事業主)…大阪府薬剤師会又は兵庫県薬剤師会の会員であって、薬局及び医薬品販売業の開設者及び管理者

2種組合員… ① 1種組合員が開設又は管理する薬局等で勤務する薬剤師

② 大阪府薬剤師会・兵庫県薬剤師会の会員であって、薬剤師の国家資格を有する専門職として薬事業務に携わる者(非常勤勤務者を含む)(個人加入)

3種組合員…1種組合員が開設又は管理する薬局等で勤務する従業員(薬剤師以外)

*規約第4条第1号及び第2号の地区内に住所(住民票)を有する方に限ります。

*法人事業所や従業員5人以上の個人事業所は新規加入できません。

1. 新たにご加入される方は、下記の書類のご提出をお願いします。

必要書類 ▲印は当組合に備えている用紙 ご連絡いただくか当組合ホームページよりダウンロードしてください		1種	2種①	2種②	3種	家族
1	▲ 資格取得届	●	●	●	●	●
2	▲ 資格取得届(別紙)	●	●	●	●	●
3	▲ 事業所調べ	●				
4	▲ 2種組合員調査票			●		
5	▲ 適用除外承認申請書		●		●	
6	薬局開設許可証の写し	●				
7	今迄の健康保険の喪失証明書 現在いずれかの保険に加入中の方は被保険者証の写し	●	●	●	●	●
8	個人番号の記載のある世帯全員の住民票 3か月以内に発行されたもの。外国籍の方は記載事項に省略のないもの。薬剤師国保に加入しない方の個人番号は必要ありません。※1 (注:同一世帯の家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当組合に加入していただくか、全員市町村国保に加入するかのいずれかになります。)	●	●	●	●	●
9	組合員本人確認書類 公的機関が発行している顔写真付き身分証の写し(運転免許証、パスポート、個人番号カード(両面)などいずれか1点)。ご家族分は必要ありません。)*2	●	●	●	●	
10	令和5年度 市民税・府県民税課税(非課税)証明書 令和4年分の内容が記載してあります。市町村窓口で取得した組合員のみ証明書原本を提出願います。ご家族分は必要ありません。	●	●	●	●	
11	薬事に従事していることが分かる書類の写し (例) 学校薬剤師任命書、委嘱状、雇用契約書、給与明細書等の写し、法人事業所に勤務している場合は、非常勤とわかる書類など			●		

※1 個人番号が記載されていない世帯全員の住民票の場合は、個人番号カード(両面)もしくは個人番号通知カードの写し(薬剤師国保加入者全員分)が必要になります。

※2 組合員の顔写真付き身分証がない場合は、公的機関発行の書類の写し、いずれか1点が必要になります。(個人番号通知カード、年金手帳、被保険者証、納税証明書など)

※3 郵送の場合、個人情報の漏えいを防止する観点から簡易書留や特定記録など、郵便物の追跡が可能な方法で郵送していただけるようお願いいたします。

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。

2. 保 険 料

令和6年度保険料(月額)別添をご参照ください。

※納入方法は自動払いで！(三井住友・三菱UFJ・池田泉州・ゆうちょの各銀行)

保険料の口座振替は毎月24日(休業日の場合は翌営業日)です。

3. 次の事実が起きた時は、組合へ被保険者証を添えてお手続きください。

▲①当組合をやめるとき(喪失届)

▲②出産・死亡の時(取得・喪失届) ～届出は14日以内に～

▲③組合員資格変更の時(取得・喪失届)

▲④住所及び氏名変更の時(住所・氏名変更届)

▲⑤被保険者証紛失の時(再交付申請書)

4. 個人事業所から法人事業所へ変更された時はすぐに組合へご連絡ください。

個人事業所から法人事業所に変更された場合や従業員が常時5人以上になった時は、14日以内に届け出てください。届け出されない場合には、資格喪失となりますので、ご注意ください。

近畿薬剤師国民健康保険組合

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号 大阪府薬剤師会 西館2階

TEL(06)6946-9151

URL:<https://kinki-yakuzaishi-kokuho.or.jp/>

近畿薬剤師国民健康保険組合 令和6年度保険料（月額）

保険料（月額）	{	<ul style="list-style-type: none"> ① 医療保険料（均等割額＋所得割額） ② 後期高齢者支援保険料 ③ 介護保険料
---------	---	---

① 医療保険料（均等割額＋所得割額）

資格区分	月 額		
	均等割額 イ	所得割額※ ロ	医療保険料 イ+ロ
1種組合員 （事業主）	0 円	20,000 円～46,000 円 （16 区分）	20,000 円～46,000 円
2種組合員 （薬剤師）	0 円	11,500 円～46,000 円 （16 区分）	11,500 円～46,000 円
3種組合員 （薬剤師以外）	0 円	11,500 円～46,000 円 （16 区分）	11,500 円～46,000 円
家族 1 人につき	6,800 円	—	6,800 円
世帯限度額 ※注 2			46,000 円

所得割額（上記表「所得割額※」は下記のとおり。

等級	総所得金額等－43 万円 （※注 1）		所得割（月額） （円）		
	以上	未満	1 種組合員 （事業主）	2 種組合員 （薬剤師）	3 種組合員 （薬剤師以外）
1	0 万円	100 万円	20,000	11,500	11,500
2	100 万円	150 万円	20,500	12,000	12,000
3	150 万円	200 万円	21,000	13,500	13,000
4	200 万円	250 万円	22,000	15,500	14,000
5	250 万円	300 万円	23,000	17,500	15,000
6	300 万円	350 万円	24,000	19,500	16,000
7	350 万円	400 万円	25,000	22,000	17,500
8	400 万円	450 万円	26,000	24,500	19,500
9	450 万円	500 万円	27,500	27,000	21,500
10	500 万円	550 万円	30,000	29,500	23,500
11	550 万円	600 万円	32,500	32,000	25,500
12	600 万円	650 万円	35,000	34,500	27,500
13	650 万円	700 万円	37,500	37,000	29,500
14	700 万円	800 万円	40,000	39,500	31,500
15	800 万円	900 万円	42,500	42,000	33,500
16	900 万円		46,000	46,000	46,000

② 後期高齢者支援保険料

被保険者 1 人につき	月額 4,600 円
世帯限度額 ※注 2	月額 15,000 円

③ 介護保険料

40 歳～64 歳の被保険者 1 人につき	月額 5,300 円
世帯限度額 ※注 2	月額 11,000 円

※注 1 総所得金額等は組合員本人のみの令和 5 年度市民税・府県民税課税（非課税）証明書（令和 4 年所得）の内容とします。なお、国民健康保険分野の事務手続きにおいて、本人の同意を得ず、情報照会することが可能となっていますので、被保険者の所得情報については、マイナンバーを用いた情報連携により照会いたします。

※注 2 世帯とは同番号の被保険者証が交付されている組合員及びその家族です。

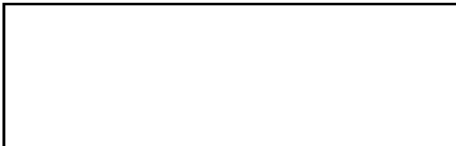
【保険料(月額)の計算表】

資格区分	均等割額 イ	所得割額※ ロ	①医療保険料 イ+ロ	②後期高齢者 支援保険料	③介護保険料	
種組合員 等級	0					
家 族		-				
家 族		-				
家 族		-				
家 族		-				
家 族		-				合計 ①+②+③
合 計						
			世帯上限 46,000 円	世帯上限 15,000 円	世帯上限 11,000 円	

近畿薬剤師国民健康保険組合

〒5400019 大阪市中央区和泉町 1 丁目 3 番 8 号
大阪府薬剤師会 西館 2 階
TEL 06-6946-9151

資格取得届



被保険者証 記号番号※	薬国								
(フリガナ) 薬局名									
(フリガナ) 薬局住所	〒 □□□-□□□□		TEL ()		—				
(フリガナ) 自宅住所	〒 □□□-□□□□		TEL ()		—				
	氏	名	性別	世帯主との続柄	年号	生年月日	職業	※備考	
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
1			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
2			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
3			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
4			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
5			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
資格取得 事由(○印)	1. 社会保険離脱		2. 出生		3. 市町村国保喪失及びその他				
	4. 支部変更				5. 資格変更				

1. 上記のものは当薬局又は医薬品販売業の従業員として 年 月 日より雇用していることを証明します。

2. 上記組合員にかかる保険料の納付及び被保険者証の使用に関して一切の責任をもつことを誓約します。

令和 年 月 日

住所

1種(事業主)組合員 氏名(自署)

上記の通りお届けいたします。

令和 年 月 日

住所

組合員 氏名(自署)

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受付印	資格取得 年月日	令和 年 月 日		
	収入原簿		異動整理簿	
	当 月	第2号被保険者 円	当 月	第2号被保険者 人
	週 及	円	週 及	人
	計	円	計	人
	過 年度	円	年 月分	

決 裁	理事	事務長	課長	主担当	副担当
令和 年 月 日					

区分 等級		1	2	3	4	家族
賦課限度額適用	<input type="checkbox"/> 医療保険料 <input type="checkbox"/> 後期支援保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料					
薬剤師会在籍確認	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大阪府薬剤師会 <input type="checkbox"/> 兵庫県薬剤師会					
被保険者証交付	令和 年 月 日					

資格取得届 (別紙)

被保険者証
記号番号※

薬国

-

-

1. 加入するものの個人番号は次のとおりです。

	フリガナ	個人番号／マイナンバー (12桁)		
	氏名			
1				
2				
3				
4				
5				

2. 従前の健康保険等の加入状況

- 国民健康保険 記号 番号 [保険者名]
 社会保険 記号 番号 [資格喪失日 年 月 日 ・ 加入中]
 どこにも加入していなかった
 出生

3. 住民票上同一世帯であるが当国保組合に加入しない家族の健康保険等加入状況 (注③)

氏名	現在加入している健康保険等
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()

上記のとおり必要書類を添えてお届けします。

令和 年 月 日

組合員氏名 (自署)

個人番号
マイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

- 【ご注意】
- ① この届は組合員及びその家族が加入される時に使用するものです。
 - ② 本人確認 (番号・身元確認) の書類を添付してください。
 - ③ 同一世帯の家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当国保組合に加入するか、全員市町村国保に加入するかのいずれかになります。
 - ④ ※印の欄は記入しないでください。

事業所調べ

フリガナ												
事業所名称												
事業所形態 <small>*いずれかに✓をしてください</small>	<input type="checkbox"/> 個人事業所	<input type="checkbox"/> 法人事業所										
フリガナ												
事業主または代表者氏名												
事業所所在地	〒 -											
	Tel ()											
薬剤師会加入状況 <small>*いずれかに✓をしてください</small>	<input type="checkbox"/> 大阪府薬剤師会在籍	<input type="checkbox"/> 兵庫県薬剤師会在籍										
薬剤師会名												
常時雇用されている従業員数	人	内訳	<table style="border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td>当組合加入者</td> <td style="text-align: right;">人</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td>市町村国保加入者</td> <td style="text-align: right;">人</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td>その他</td> <td style="text-align: right;">人</td> </tr> </table>	}	当組合加入者	人	}	市町村国保加入者	人	}	その他	人
}	当組合加入者	人										
}	市町村国保加入者	人										
}	その他	人										

※ 事業所の経営形態を個人から法人へ変更するときは14日以内に届け出てください。

保険料自動振替口座 ※保険料の口座振替は毎月24日（休業日の場合は翌営業日）です

保険料自動振替（三井住友・三菱UFJ・池田泉州・ゆうちょ銀行の内から一つ選んでください。）				
指定口座	銀行		本・支店・出張所	普通・当座
	口座番号	(フリガナ)		
			名義	

上記の記載事項について相違ないことを誓約し薬局開設許可証（写）を添えてお届けいたします。

令和 年 月 日

組合員氏名(自署)

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

マイナンバー保護封筒

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

マイナンバー保護封筒

【組合へ加入するとき】

- 資格取得届（別紙）
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
- 組合員本人確認書類
（ご家族分は必要ありません）

【組合をやめるとき】

- 資格喪失届（別紙）

【住所や氏名の変更のとき】

- 被保険者住所/氏名変更届
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票

【その他の申請手続き】

- 被保険者証・高齢受給者証再交付申請書
- 療養費支給申請書
- 限度額適用認定申請書
- 出産育児一時金支給申請書
- 葬祭費支給申請書
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
（提出が必要な場合）

近畿薬剤師国民健康保険組合

の
り
し
ろ

A4 四つ折りサイズが入ります。
切り取ってお使いください ✂

返信用宛名ラベル

点線を切り取ってお使いください
-----✂-----

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

※ 郵送の場合、個人情報の漏えいを防止する観点から簡易書留や特定記録など、郵便物の追跡が可能な方法で郵送していただけるようお願いいたします。

近畿薬剤師国民健康保険組合